



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BIANKA DE SOUZA MOREIRA

**O exercício de governança e gestão em saúde na atenção primária
à saúde no Distrito Federal**

**BRASÍLIA
2019**

BIANKA DE SOUZA MOREIRA

**O exercício de governança e gestão em saúde na atenção primária
à saúde no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Saúde Coletiva apresentado a Faculdade
de Ceilândia da Universidade de Brasília
para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a MSc. Carla Pintas
Marques

BRASÍLIA

2019

BIANKA DE SOUZA MOREIRA

**O exercício de governança e gestão em saúde na atenção primária
à saúde no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Saúde Coletiva apresentado a Faculdade
de Ceilândia da Universidade de Brasília
para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a MSc. Carla Pintas
Marques

Data de defesa: 04/12/2019

COMISSÃO EXAMINADORA

MSc Carla Pintas Marques

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Dr.^a Mariana Sodário Cruz

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Dr. José Antônio Iturri de La Mata

Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Decido este trabalho primeiramente a Deus, por ser indispensável em minha vida; a minha mãe, Maria da Luz, meu exemplo de mulher, minha amiga, por todo amor, apoio e incentivo aos meus sonhos; a todos aqueles que se dedicam a explorar o novo e o desconhecido, continuem, pois é daí que grandes ideias nascem para mudar o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha rocha e meu refúgio, que, sem dúvida alguma, foi e é o maior responsável por ter me feito chegar até aqui e por todas as conquistas alcançadas. Sem Ele, eu nada teria.

Aos meus pais, Maria da Luz e Alexandre, e irmãos, Alex e Yure, a minha eterna gratidão por todo amor e carinho, pelos conselhos e puxões de orelha, e acima de tudo, por me apoiarem e ajudarem em todas as etapas e planos da minha vida. Vocês são meu exemplo e meu orgulho. Estendo meus agradecimentos a minha cunhada, Katiane, que tenho como amiga, por todo o carinho, companheirismo, amizade e incentivo. À minha amada sobrinha Yane, de três meses, por ser um anjinho em minha vida e a alegria de toda a família.

Ao meu namorado, Ítalo Átila, por todo o amor, carinho, compreensão, paciência e ajuda nessa etapa da minha vida. Esteve comigo em todos os momentos da construção deste trabalho, desde a coleta das assinaturas até a aplicação dos questionários. Obrigada por ter sido companheiro e um porto seguro nos meus momentos de ansiedade e preocupação.

Aos meus amigos e demais familiares por todo o carinho, força, encorajamento nesses últimos meses. Obrigada por todos os momentos de descontração sempre regados de uma boa cerveja seguida por maravilhosas conversas. Agradeço em especial, a minha amiga Milena Thaynara, um dos presentes que a UnB me deu e que, com toda a certeza, irei levar para a vida toda. Obrigada por compartilhar comigo todos os momentos de alegria, tristeza e raiva sentidos durante essa graduação, além de todo carinho, amizade, conversas, conselhos e confiança.

À minha professora e querida orientadora Carla Pintas Marques, por todo o aprendizado, conselhos, confiança, paciência, ajuda, companheirismo e amizade, e por ser essa pessoa maravilhosa, além de uma excelente profissional.

A todos os docentes e discentes que contribuíram direta ou indiretamente na minha formação profissional e por me proporcionarem conhecimentos e experienciais incríveis durante esses quatro anos. Em especial, agradeço a Prof.^a Priscila Almeida e a egressa Bruna Coimbra por toda a ajuda, conselhos e ombro amigo durante a elaboração das etapas deste trabalho.

Aos meus amigos que o ESEGP me deu, Cleber, Aline e Débora, meu agradecimento por todo o conhecimento adquirido e por todos os momentos bons com

cappuccinos e longas conversas regadas de músicas e risadas. Foi um prazer trabalhar com cada um de vocês.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram na minha formação acadêmica e pessoal.

*"O sucesso não é necessário para a felicidade.
A felicidade é necessária para o sucesso. Se
você ama o que faz, você terá sucesso".*

Albert Schweitzer

RESUMO

A governança direciona, monitora e avalia as atividades da gestão oferecendo estratégias para que se atenda aos interesses da sociedade. Esse estudo analisa o exercício da governança organizacional e da gestão pública na Atenção Primária à Saúde (APS) em unidades gestoras central e regional da Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que são responsáveis por gerir este nível de atenção à saúde, no ano de 2019, através de uma abordagem qualitativa e quantitativa de cunho descritivo e exploratório a partir de um instrumento de coleta de dados adaptado para as ações da APS nessas unidades administrativas. Os resultados obtidos apontaram que o exercício da governança organizacional nessas unidades gestoras é inicial, o que implica na fragilidade da gestão pública da APS no Distrito Federal. Evidenciou-se que o desenho da estrutura organizacional dessas unidades gestoras também gera impacto na operacionalização da APS. Por fim, destaca-se a necessidade da realização de capacitações com os colaboradores dessas unidades gestoras, afim de compreenderem a dimensão da governança e da gestão em saúde na APS.

Palavras-chave: Governança em Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Governance directs, monitors and evaluates management activities by offering strategies to meet the interests of society. This study analyzes the exercise of organizational governance and public management in Primary Health Care (PHC) in central and regional management units of the Secretary of Health of the Federal District (SH-FD), which are responsible for managing this level of health care in 2019, through a qualitative and quantitative approach of descriptive and exploratory nature from a data collection instrument adapted to PHC actions in these administrative units. The results obtained indicated that the exercise of organizational governance in these management units is initial, which implies the fragility of public management of PHC in the Federal District. It was evidenced that the design of the organizational structure of these management units also generates an impact on the operationalization of PHC. Finally, we highlight the need to carry out training with employees of these management units, in order to understand the dimension of governance and health management in PHC.

Keywords: Health Governance; Health Management; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 – Relação entre governança e gestão | 29 |
| Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal | 34 |
| Figura 3 – Cronologia das principais ações de organização da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal durante os anos de 1960 a 2018 | 35 |
| Figura 4 – Organograma das unidades gestoras da APS no Distrito Federal | 36 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 – Principais diferenças entre governança e gestão | 28 |
| Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 | 74 |
| Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 | 82 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|-------------------------------------------------------------|
| AB | Atenção Básica à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CGov | Conselho de Governança Pública |
| CIG | Comitês Internos de Governança Pública |
| CIG | Comitê Interno de Governança Pública |
| COAPS | Coordenação de Atenção Primária à Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| DIRAPS | Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde |
| DF | Distrito Federal |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FCE | Faculdade de Ceilândia |
| FEPECS | Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde |
| IBGC | Instituto Brasileiro de Governança Corporativa |
| ICS | Instituto Candango de Solidariedade |
| IFAC | <i>International Federation of Accountants</i> |
| NHS | <i>National Health System</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PDPAS | Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSC | Programa Saúde em Casa |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| SES/DF | Secretária de Saúde do Distrito Federal |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 19 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 3.1. GOVERNANÇA | 21 |
| 3.1.1. Perspectiva histórica da governança..... | 21 |
| 3.1.2. Governança e <i>compliance</i> no Brasil e no mundo | 22 |
| 3.1.3. Governança em saúde na ótica das organizações internacionais de saúde | 23 |
| 3.1.4. Concepção da governança no Sistema Único de Saúde..... | 24 |
| 3.1.5. A governança em saúde no Distrito Federal | 26 |
| 3.2. GESTÃO..... | 27 |
| 3.2.1. Entendimento acerca da gestão pública em saúde | 27 |
| 3.3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 30 |
| 3.3.1. O cenário da Atenção Primária à Saúde | 30 |
| 3.3.2. A construção da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal | 32 |
| 4. OBJETIVOS | 37 |
| 4.1. OBJETIVO GERAL | 37 |
| 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 37 |
| 5. METODOLOGIA..... | 38 |
| 5.1. TIPO DE PESQUISA | 38 |
| 5.2. LOCAL DE ESTUDO | 38 |
| 5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 38 |
| 5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 39 |
| 5.5. QUESTIONÁRIO | 39 |
| 5.6. METODOLOGIA DA ANÁLISE | 40 |
| 5.7. RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA..... | 40 |
| 5.8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA | 41 |

| | | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.9. | ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 41 |
| 6. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 42 |
| 6.1. | GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 42 |
| 6.2. | GESTÃO PÚBLICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 47 |
| 6.3. | GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 50 |
| 7. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| 8. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| APÊNDICES | | 60 |
| | APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO..... | 60 |
| | APÊNDICE B – GLOSSÁRIO..... | 72 |
| | APÊNDICE C – ANÁLISE DOS RESULTADOS: PARTE 1 – GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 75 |
| | APÊNDICE D – ANÁLISE DOS RESULTADOS: PARTE 2 – GESTÃO PÚBLICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 83 |
| ANEXOS | | 91 |
| | ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 91 |
| | ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 93 |

1. INTRODUÇÃO

O recente contexto histórico brasileiro, a julgar depois do processo de redemocratização, da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da atual Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, expressa avanços na evolução dos processos de trabalho em saúde e das diversas formas de organização das práticas de saúde no Brasil em vários aspectos. Para tanto, “saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado”, conforme consta no artigo 196 da CF (BRASIL, 1988).

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 2º, afirma que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). No mesmo artigo, parágrafo § 1º, explana que:

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Dessa forma cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde pública do Brasil que garante a sua população acesso universal, integral e gratuito. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, abrangendo ações e serviços desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica à Saúde (AB) (ou Atenção Primária à Saúde – APS), até o transplante de órgão (BRASIL, 2018a).

No ano de 2018, o SUS celebrou 30 anos de criação e desde de 1988 até então, foram notáveis os avanços em diferentes âmbitos da gestão do nosso Sistema Único, como a garantia do direito à saúde, a integralidade da atenção, a criação das redes de atenção à saúde, a expansão e consolidação da APS nos territórios, o financiamento, entre outros. Tudo isso para aprimorar o processo de gestão no SUS.

Embora o SUS tenha progredido muito durante esses 30 anos, não é nenhuma novidade para qualquer usuário do sistema que esse vem enfrentando, desde do início de sua implementação, os mais multifacetados problemas que, em grande parte, afetam a consolidação de seus princípios e diretrizes; a qualidade e a efetividade das ações e serviços de saúde ofertados à população brasileira. Já virou ação corriqueira

nos meios de comunicação notícias que apontam as falhas no SUS e a insatisfação dos usuários.

Especialistas afirmam que “muitos desses problemas têm grande relação com a forma do exercício da governança e da gestão do SUS pelos conselhos e secretarias de saúde” (BRASIL, 2018b).

O termo governança pode ser definido a partir de diferentes áreas de conhecimento, como, por exemplo, nas relações internacionais, quando se refere a grupos e comunidades transnacionais auto organizadas que transitam entre o mercado e o Estado, ou nos estudos sobre desenvolvimento, principalmente em trabalhos realizados pelo Banco Mundial, em que se usa o termo “boa governança”, que significa eficiência do gasto público combinado à implementação de reformas que regulam o setor privado, o aumento da transparência e o *accountability*, além da expansão nos investimentos direcionados para saúde, educação e proteção social (ALMEIDA, 2016).

A CF nos seus artigos 196 a 200 estabelece as competências e diretrizes do SUS no âmbito das três esferas de governo. Já a Lei Orgânica da Saúde identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde constituída em 3 níveis de complexidades crescentes. Complementar a isso, no Decreto Nº 7.508 de 2011 dispõe que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que as denominadas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar o mínimo a população. Dessa forma, tem o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devam atuar de forma horizontal, ou seja, sem hierarquia, para o alcance dos objetivos do SUS. Isso decorre, principalmente, da ideia de que o Sistema é formado por partes autônomas, mas interdependentes entre si. Apesar de esta perspectiva ser de altíssima importância para o seu sucesso, o SUS deve estar alicerçado, primeiramente, nos principais nós dessas redes: as organizações responsáveis pelas diretrizes, planejamento, monitoramento, coordenação, execução e controle de serviços públicos de saúde, representadas principalmente pelos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde. Nesse sentido pode-se falar que é necessário também aprimorar a governança organizacional (BRASIL, 2018b).

A regionalização é a diretriz organizativa do SUS que além de orientar o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde auxilia nos processos de negociação e pactuação entre os gestores nos três níveis de governo e

para a qual os arranjos institucionais e a relação política administrativa são variáveis que permeiam o planejamento, a gestão e a organização de redes de atenção à saúde. Partindo desse pressuposto, tem-se o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que, é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada em uma Região de Saúde (BRASIL, 2011). Contudo, o COAP não obteve sucesso em sua operacionalização, pois apenas dois estados dentre os vinte e seis estados e um distrito federal assinaram o referido contrato.

As relações interfederativas e intergovernamentais são o alicerce do SUS, principalmente com a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Caracterizadas por diversos processos decisórios compartilhados, essas relações requerem equilíbrio e cooperação, já que lidam com questões muitas vezes conflituosas e competitivas. É nessa conjuntura que surge nova prática na gestão denominada governança, considerada pelos estudiosos como mais ampla do que aquelas denominadas governo ou governabilidade (CRUZ.; ROSA, 2016).

O Tribunal de Contas da União (TCU) durante os anos de 2015 e 2016 realizou o Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde com o objetivo de avaliar e sistematizar informações sobre governança e gestão nos conselhos e secretaria estaduais e municipais de saúde. O levantamento resultou na elaboração dos Acórdãos 1130/2017-TCU e 1840/2017-TCU, os quais apontaram a necessidade de melhorias na governança e na gestão dos conselhos e secretarias de saúde brasileiros (BRASIL, 2018b).

As auditorias mostram que é preciso mais trabalho no setor público para apresentar os elementos da governança organizacional de modo significativo; para que as pessoas da organização possam prontamente compreender e aceitar a sua finalidade e o modo como os vários elementos se combinam para atingir a requerida performance organizacional e a descarga das expectáveis obrigações de *accountability* (BARRET, 2005).

Posto isto, a necessidade urgente da reorganização do SUS tendo em vista a sua sustentabilidade e o fortalecimento da prática de governança dentro do sistema torna a discussão desse estudo indispensável para agregar valor à importância da governança na gestão em saúde com vista a auxiliar no enfrentamento dos atuais e dos futuros problemas de saúde, em especial no nível da APS, a porta de entrada do SUS.

Neste contexto, surgiram os seguintes questionamentos que moveram este estudo: “de que maneira o exercício de governança e gestão em saúde se situa nas tomadas de decisões da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) e das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS's) da Secretaria de Saúde

do Distrito Federal (SES/DF)?”; “a governança e a gestão em saúde da COAPS e das DIRAPS’s atuam para que a APS possa desempenhar seu papel como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde?”; e “será que a gestão pública em saúde da COAPS e das DIRAPS’s se apropriam de todo eixo que gira em torno da governança que se deseja para alcançar as diretrizes da APS?”. Para responder estes questionamentos, foi delineado o seguinte objetivo: analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na APS no âmbito da COAPS e das sete DIRAPS’s da SES-DF, no ano de 2019.

O estudo em questão foi organizado em três grandes eixos temáticos que, ao decorrer da discussão, se complementam. O primeiro eixo possui enfoque na governança em que foi contextualizado a origem do termo, as definições trazidas pela literatura e sua concepção na área da saúde. O segundo eixo, por sua vez, segue a mesma linha de pensamento do eixo anterior, em que foi abordado a gestão, apresentando definições e sua percepção na área da saúde. Por fim, o terceiro eixo tratou a respeito da Atenção Primária à Saúde descrevendo sua conjuntura em nível internacional, nacional e no Distrito Federal.

2. JUSTIFICATIVA

Ao decorrer da graduação em Saúde Coletiva, sempre foi abordado e discutido entre aulas que um dos maiores desafios que o SUS precisa superar é na área da gestão. Desde o início do curso e até mesmo antes de ingressar na universidade, a todo momento era e é vinculado nos meios de comunicação que o sistema público sofre de má gestão, de desperdícios de recursos públicos, de subfinanciamento, etc. Entretanto, o conhecimento sobre mecanismos que auxiliam a gestão na tomada de decisão, por exemplo a governança, é insuficiente, abrindo uma lacuna para o futuro profissional.

Por conseguinte, a discussão sobre a temática da governança se faz relevante uma vez que essa vertente carece de informações na área da saúde e grande maioria dos atuais gestores do SUS não a conhece. Para mais, a governança é umas das partes mais importantes no processo de gestão dado que essa direciona, avalia e monitora as atividades da gestão oferecendo estratégias para que essa última possa atender os interesses da sociedade.

A motivação e o interesse pela temática de estudo surgiram a partir da compreensão acerca da importância da governança para o processo de gestão. O primeiro contato com o termo governança foi através de uma das atividades que realizei durante meu estágio extracurricular em um Órgão Público Federal. A atividade consistia em assessorar o setor na elaboração e na consolidação das respostas para o Levantamento Integrado de Governança e Gestão de Pessoas elaborado pelo TCU. Ao decorrer do estágio, tive a oportunidade de participar duas vezes, durante dois anos, do processo de trabalho para responder ao questionário do Levantamento. Logo, diante disso, comecei a me questionar se assim como na área da gestão de pessoas a governança se faz importante, por que não na área da saúde?

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva explana que para o exercício profissional, a formação do bacharel em Saúde Coletiva estende-se em três áreas: Atenção em Saúde; Educação em Saúde e Gestão em Saúde. No que se refere a gestão em saúde, cabe ressaltar que é papel e diferencial de um bacharel em Saúde Coletiva buscar mecanismos que possam minimizar e até mesmo erradicar gargalos dentro da gestão do SUS.

Outro fator motivador para a pesquisa e para a contribuição da formação do sanitarista (bacharel em Saúde Coletiva) é a importância de desse profissional estar

atento e sempre em busca de diversas e novas temáticas que possam aprimorar a gestão do SUS. Para mais, compreender o papel de outros órgãos da Administração Pública que possam auxiliar na busca da consolidação dos princípios e diretrizes SUS no território nacional.

No que tange a área de Atenção em Saúde, mais um agente que motivou o desenvolver esse estudo é a forma como a governança se encontra na gestão da APS, uma vez que essa é o primeiro nível de atenção à saúde, o primeiro contato do usuário no sistema e é por meio dela que todas as tomadas de ações se organizam nos demais níveis de atenção e gestão do SUS.

No final, cabe ressaltar que, no que se refere a gestão sempre terá algo que deve ser aprimorado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. GOVERNANÇA

3.1.1. Perspectiva histórica da governança

A origem do termo governança provém do latim “*gubernare*”, que significa “governar”, “dirigir”, “guiar” (SERAFIG et. al., 2010). Logo, o nascimento da governança está associado ao momento em que organizações deixaram de ser geridas diretamente por seus proprietários (p. ex. donos do capital) e passaram à administração de terceiros (BRASIL, 2014). A esses mediadores foi concedido o poder para administrar os bens e/ou recursos pertencentes aos donos do capital.

Em muitos casos há divergência de interesses entre proprietários e administradores, o que, em decorrência do desequilíbrio de informação, poder e autoridade, leva a um potencial conflito de interesses entre eles, na medida em que ambos tentam maximizar seus próprios benefícios (BRASIL, 2014).

Robert Monks (2004), o principal pioneiro das práticas de governança, em seus estudos, indagava a respeito da atuação dos gestores que geriam as organizações em benefício próprio, e ressaltava ainda que as organizações deveriam ter um monitoramento eficaz para aumentar o valor e gerar riquezas (MONKS; MINOW 2004).

Dessa forma, a governança surge da necessidade de que os proprietários, ao delegarem a administração de seus negócios a terceiros, adotem determinados mecanismos que minimizem os riscos de possíveis conflitos de interesses (SLOMSKI et al, 2008 apud BRASIL, 2018b).

À vista disso, a governança aparece como peça central para a implementação de uma gestão voltada para a transparência e para a sustentabilidade das organizações (SERAFIG et. al., 2010), com o intuito de melhorar o desempenho organizacional, reduzir riscos, alinhar ações e trazer mais segurança para proprietários (BRASIL, 2014),

Embora o termo governança date de idades remotas, o conceito e a importância que atualmente lhe são atribuídos foram construídos nas últimas três décadas, inicialmente nas organizações privadas (BRASIL, 2014), sendo aperfeiçoado ao longo dos anos com o intuito de reduzir os riscos dessa delegação de tarefas (BRASIL, 2018b).

No Brasil, assim como no restante do mundo, o crescente interesse pelo tema é notável. Tanto no setor privado quanto no público, existem iniciativas de melhoria da governança, às quais se relaciona e se complementam com vista a atender os interesses da sociedade (BRASIL, 2014).

3.1.2. Governança e *compliance* no Brasil e no mundo

O termo governança ou o movimento pela governança passou a surgir inicialmente nos Estados Unidos, na década de 1930, por meio dos primeiros estudos acadêmicos de Berle e Means (1932) relacionados à governança, em que apontavam que é papel do Estado regular as organizações privadas (SERAFIM, et. al., 2010; BRASIL, 2014). Nos anos que se seguiram, dezenas de países passaram a demonstrar interesse em aspectos relacionados a governança no sentido de institucionalizar mecanismos para alinhar os interesses dos proprietários e gestores e eliminar as assimetrias identificadas (SERAFIM, et. al., 2010).

Segundo a *International Federation of Accountants* – IFAC (2013), governança compreende a estrutura (administrativa, política, econômica, social, ambiental, legal e outras) posta em prática para garantir que os resultados pretendidos pelas partes interessadas sejam definidos e alcançados (IFAC, 2013). Para o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC):

Governança Corporativa, na perspectiva da iniciativa privada, é o sistema que assegura aos sócios - proprietários o governo estratégico da empresa e a efetiva monitoração da diretoria executiva. A relação entre propriedade e gestão se dá através do conselho de administração, a auditoria independente e o conselho fiscal, instrumentos fundamentais para o exercício do controle. A boa governança assegura aos sócios equidade, transparência, responsabilidade pelos resultados (*accountability*) e obediência às leis do país (*compliance*) (IBGC 2004).

Já a governança, na perspectiva pública, é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado (MENDES, 2011). Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006 apud MENDES, 2011).

No Brasil, o Tribunal de Contas da União (TCU) tem sido, nesses últimos anos, o maior responsável pela iniciativa de práticas, projetos e estratégias para melhoria da governança em toda Administração Pública do país. Dessa forma, o TCU explana que:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesses da sociedade (BRASIL, 2014).

Ao trazer o conceito de governança para a área pública, compreende-se que o papel do cidadão deveria ser equivalente ao papel do proprietário de uma empresa (BRASIL, 2018b). Isso decorre, sobretudo, da Constituição Federal, quando define que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente – art.1º, parágrafo único” (BRASIL, 1988; BRASIL 2018b). O gestor deveria representar, portanto o delegado, que recebe do cidadão a missão de administrar (BRASIL, 2018b).

Nesse sentido, Fontes (2018) explana que governar, no sentido *lato sensu*, significa ter controle sobre algo, e no sentido *stricto sensu*, se remete a forma como as pessoas organizam, distribuem e controlam recursos. Logo, entende-se que o conceito de governança, busca refletir sobre as novas práticas de governo, incorporando a complexa relação entre atores, em um arranjo onde ingredientes como participação popular e controle social dos negócios públicos são colocados em destaque (FONTES, 2018).

É importante destacar que governança não se confunde com gestão (BRASIL, 2018b). Segundo o Banco Mundial (2013), governança diz respeito a estruturas, funções, processos e tradições organizacionais que visam garantir que as ações planejadas (programas) sejam executadas de tal maneira que atinjam seus objetivos e resultados de forma transparente (WORLD BANK, 2013). Busca, portanto, maior efetividade (produzir os efeitos pretendidos) e maior economicidade (obter o maior benefício possível da utilização dos recursos disponíveis) das ações (BRASIL, 2014).

Governança, neste sentido, relaciona-se com processos de comunicação; de análise e avaliação; de liderança, tomada de decisão e direção; de controle, monitoramento e prestação de contas (WORLD BANK, 2013).

3.1.3. Governança em saúde na ótica das organizações internacionais de saúde

As organizações e entidades internacionais da área da saúde têm demonstrado uma preocupação em torno da necessidade de promover e melhorar a governança

em saúde dentro dos sistemas de saúde. À vista disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define governança em saúde como:

A governança no setor da saúde se refere a diversas funções governamentais, realizadas pelos governos e decisores, para atingir os objetivos da política nacional de saúde favoráveis à sua cobertura universal. É um processo político que envolve equilibrar diferentes influências e demandas, por exemplo, dos usuários dos serviços de saúde, de profissionais da área, fornecedores de insumos e medicamentos (WHO, 2012).

Para o Escritório da OMS na Europa, há distinção entre os termos “governança da saúde” e “governança para a saúde”,

sendo que o primeiro diz respeito à governança do sistema de saúde e ao fortalecimento dos sistemas de saúde; e o segundo refere-se à ação conjunta dos setores de saúde e não saúde, dos setores público e privado e dos cidadãos para um interesse comum (WHO EUROPE, 2012).

Em consonância a isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua governança em saúde como:

O exercício das responsabilidades e competências da política pública em saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado. Enfatiza que a maior ou menor capacidade do governo para o exercício da governança do setor saúde pode afetar todos os resultados do sistema de saúde (BRASIL, 2009; OPAS/OMS, 2007 apud BRASIL 2018b).

Segundo o Banco Mundial (2007), a governança deve ser exercida com instrumentos de incentivos e responsabilização, essenciais para melhorar o estado de saúde da população e capazes de garantir que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis (BANCO MUNDIAL, 2007).

Resumidamente, constata-se que os pontos centrais da governança na saúde, na ótica das organizações e entidades internacionais, são o direcionamento estratégico, o monitoramento, a articulação do sistema, a coordenação entre o setor da saúde e setores diversos da saúde, a responsabilização, a transparência e o fortalecimento de incentivos (BRASIL, 2018b).

3.1.4. Concepção da governança no Sistema Único de Saúde

Em razão do nosso direcionamento constitucional, que define a organização do Brasil como uma federação (COSTA, 2015), a configuração da governança no SUS combina um conjunto de competências comuns, específicas ou concorrentes para cada esfera de governo (União, Estados, Municípios e o Distrito Federal) (BRASIL, 2016).

A configuração institucional da governança do SUS é composta por instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder que asseguram a participação dos Estados e Municípios na elaboração das políticas e programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada das principais decisões que afetam os rumos da política de saúde

no País. A governança federativa do SUS é composta, também, por espaços onde a sociedade atua na política de saúde nas três esferas de governo, que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde. A dinâmica desta governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, tais como a sociedade civil, que gera a demanda, a iniciativa privada, as instituições de ensino e pesquisa, os poderes Legislativo e Judiciário, órgãos de controle, fiscalização e defesa dos direitos, outros órgãos do Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento (BRASIL, 2016).

Partindo desse pressuposto, os conselhos de saúde são espaços institucionais presentes em cada esfera de governo voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009 apud BRASIL, 2016). A partir dessa visão, os conselhos de saúde deveriam ser são os principais atores da governança em saúde, uma vez que estes são os representantes da sociedade no sistema de saúde e são responsáveis por avaliar, direcionar e monitorar a gestão do SUS, esta última executada pelas secretarias de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2018b).

Dessa forma, com base nas necessidades das partes interessadas (cidadãos e segmentos da sociedade), a partir, por exemplo, da avaliação das propostas de orientação para as políticas públicas de saúde ocorridas no âmbito das conferências de saúde, e de indicadores, os conselhos devem definir as diretrizes para a construção dos planos de saúde. Com base nessas diretrizes, as secretarias de saúde devem confeccionar os planos e submetê-los à aprovação dos conselhos. Uma vez aprovado, a gestão (secretarias) deverá executar o plano de saúde, e é responsável pelo controle permanente afeto à conformidade e ao desempenho das ações e serviços de saúde, devendo agir para aperfeiçoar os meios para alcance do que foi planejado (BRASIL, 2018b).

Outra interpretação de quando se fala em governança no SUS, é a governança colaborativa que se refere a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é promover por meio de integração sistêmica ações e serviços de saúde de forma contínua, integral, de qualidade, humanizada, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis,

autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde (MENDES, 2011).

A governança das RASs é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (MENDES, 2011).

Partindo desse pressuposto o TCU (2018b) com base em normas do SUS e em bibliografia especializada relacionada à saúde e aos temas de governança e gestão, propõe a definição de Governança Organizacional Pública em Saúde como:

Essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão do SUS, com vistas à condução de políticas públicas resolutivas e à prestação de serviços de saúde eficazes, eficientes e de qualidade à sociedade (BRASIL, 2018b).

Portanto, entende-se que a governança é a conjunção entre a capacidade técnica e a capacidade política dos gestores de tomar decisões inteligentes e compartilhadas, gerando um ambiente permanente de aprendizagem coletiva (BRASIL, 2016).

A governança se tornou um conceito de ampla utilização entre os gestores do SUS. O termo é utilizado entre eles no contexto de uma gestão compartilhada. Ou seja, órgãos colegiados e relações federativas compõem mecanismos de governança cooperativa e isto condiz com o que se observa em experiências em outros setores e países. Além disso, a literatura especializada contempla esses mecanismos sob denominações tais como consensos, diálogos e híbridos, embora com mais ênfase, como dito, nas relações entre Estado e mercado, na forma de estruturas cooperativas intermediárias (BRASIL, 2016).

3.1.5. A governança em saúde no Distrito Federal

A iniciativa de promover a governança pública no Distrito Federal, adveio da publicação do Decreto Nº 39.736, de 28 de março de 2019, que dispõe sobre a Política de Governança Pública e *Compliance* no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

A Política de Governança Pública e *Compliance* do DF alinhada ao Decreto da Presidência da República Nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, estabelece meios para a busca por soluções inovadoras direcionadas à geração dos resultados demandados pela sociedade; ao fomento à desburocratização e a modernização da gestão pública; ao monitoramento e avaliação das políticas públicas e ações governamentais estratégicas; ao aperfeiçoamento da integração entre as diferentes esferas do poder público distrital; à elevação dos padrões de conduta ética dos agentes públicos

distritais e, finalmente, à implementação de controles baseados na gestão de riscos (DISTRITO FEDERAL, 2019b).

Com a finalidade de assessorar o governo do DF na condução da Política, foi instituído o Conselho de Governança Pública (CGov) composto pelos seguintes membros titulares e permanentes dos órgãos estratégicos do governo:

I - Secretário de Estado-Chefe da Casa Civil do Distrito Federal, na qualidade de Coordenador do CGov; II - Secretário de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal; III - Secretário de Estado Controlador-Geral do Distrito Federal; IV - Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal; V - Secretário de Estado de Educação do Distrito Federal; e VI - Secretário de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2019a).

Em seu Art. 13, o Decreto institui a criação dos Comitês Internos de Governança Pública (CIG) nos órgãos e entidades da administração pública do DF. O objetivo dos GIG é garantir o desenvolvimento das melhores práticas de governança de forma contínua e progressiva, nos termos estabelecidos pelo CGov. Em outras palavras, cada uma das Secretarias que compõem o CGov deverá criar um CIG em sua administração interna.

Dessa forma, no que concerne à área da saúde, alinhado ao que determina o citado decreto, foi instituído, por meio da Portaria Nº 459, de 19 de junho de 2019, o Comitê Interno de Governança Pública da Secretária de Estado da Saúde do Distrito Federal (CIG/SES) (DISTRITO FEDERAL, 2019c). O CIG/SES fica como responsável por garantir o desenvolvimento e a apropriação das melhores práticas de governança em saúde de forma contínua e progressiva (DISTRITO FEDERAL, 2019c).

3.2. GESTÃO

3.2.1. Entendimento acerca da gestão pública em saúde

A etimologia da palavra gestão vem do latim “*gestio*”, que significa ato de administrar, de gerenciar, de “*gerere*”, que significa “levar, realizar”. Nesse mesmo sentido, a palavra administração vem do latim “*ad*” (direção, tendência para) e “*minister*” (subordinação ou obediência) e significa aquele que realiza uma função sob o comando de outrem, isto é, aquele que presta um serviço a outro (CHIAVENATO, 2003).

Administrar, em outras palavras, significa harmonizar e coordenar as pessoas enquanto à utilização dos recursos financeiros, materiais e informacionais a partir de técnicas administrativas de planejamento, organização e controle, sempre conduzindo por um modelo de liderança gerencial (TAJRA, 2009).

Gestão Pública ou Administração Pública refere-se à ordenação - que envolve planejamento e organização - direção e controle dos serviços do governo em todas as esferas de poder (federal, estadual e municipal) (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014). Estes atos de ordenamento, direção e controle seguem os preceitos do direito e da moral, tendo como objetivo o bem comum (BRASIL, 2006 apud MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014). A Associação Brasileira de Normas Técnica (ABNT) define conceito de gestão do seguinte modo:

Sistema de controles e processos necessários para alcançar os objetivos estratégicos estabelecidos pela direção da organização. O gerenciamento está sujeito às diretrizes, às políticas e ao monitoramento estabelecidos pela governança corporativa (ABNT NBR ISO/IEC 38500:2009).

Segundo o Banco Mundial (2013), gestão diz respeito ao funcionamento do dia a dia de programas e de organizações no contexto de estratégias, políticas, processos e procedimentos que foram estabelecidos pelo órgão (WORLD BANK, 2013); preocupa-se com a eficácia (cumprir as ações priorizadas) e a eficiência das ações (realizar as ações da melhor forma possível, em termos de custo-benefício) (BRASIL, 2014). Diante disso, cabe ressaltar que a gestão e a governança se diferenciam e se complementam no sentido de que:

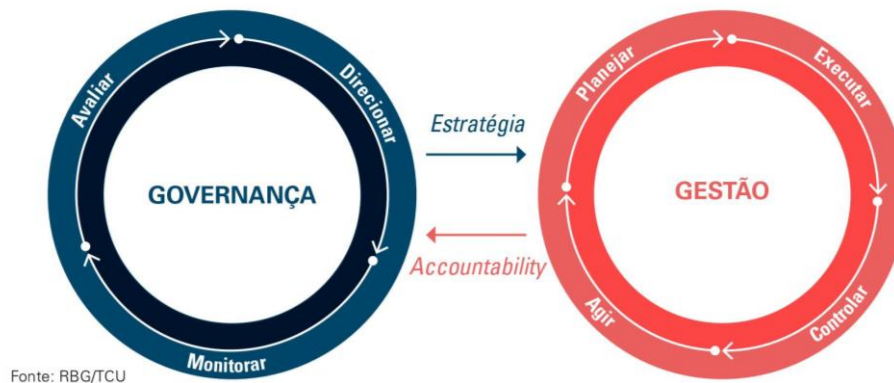
a governança se ocupa de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida, enquanto a gestão ocupar-se-á de elaborar os processos de trabalho para executar o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, com objetivo de ir na direção determinada pela governança (BRASIL, 2018b).

Tabela 1 – Principais diferenças entre governança e gestão

| GOVERNANÇA | GESTÃO |
|---------------------------------|------------------------------------------|
| O que fazer | Como fazer |
| Direção | Processo de trabalho |
| Avaliar, direcionar e monitorar | Planejar, executar, avaliar, agir (PDCA) |

Fonte: TCU, 2018b

Figura 1 – Relação entre governança e gestão



Fonte: TCU 2014; TCU 2018b

À vista disso, o processo de gestão em saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle (MEZOMO, 2001 apud MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014).

O TCU (2018b) define Gestão Pública em Saúde como os mecanismos de gestão postos em prática pelos órgãos de direção do SUS, com vistas à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços de saúde à sociedade (BRASIL, 2018b).

Assim sendo, este novo modelo de gestão não requer apenas gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, mas requer que tenham também capacidade e competência para administrar graves problemas que se apresentam neste processo (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014). Diante disso, Mezomo (2001) afirma que esta definição de gestão de saúde instila que os gestores em saúde são os principais responsáveis pela solução de muitos problemas apresentados pelos serviços de saúde. Isso requer que os gestores tenham sensibilidade, determinação e visão clara, sejam pragmáticos, responsáveis e inteligentes (MEZOMO, 2001 apud MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014), pois, como destacam Peres e Ciampone (2006), apesar de a gerência em saúde não ter como objeto direto de trabalho a atenção à saúde ela é uma finalidade indireta do trabalho do gestor (PERES, CIAMPONE, 2006 apud MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014). Através de instrumentos como o planejamento, a organização, a coordenação e o controle se alcançam a atenção à saúde (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2014).

A gestão dos serviços de saúde tem que levar em consideração tanto questões internas - organização e funcionamento do serviço - como questões externas - o seu papel no sistema de saúde e o impacto na saúde da população (TANAKA, TAMAKI, 2012).

É um papel próprio da área de políticas, planejamento e gestão que, no âmbito da saúde coletiva, expressa com mais clareza a dupla dimensão (saber e práticas) do campo, ou seja, o fato de que o conhecimento produzido responde a problemas e desafios colocados pelos sujeitos em sua ação política em determinados contextos históricos (PAIM, TEXEIRA, 2016 apud TANAKA, TAMAKI, 2012).

3.3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.3.1. O cenário da Atenção Primária à Saúde

Em 1920, foi divulgado um texto oficial Lord Dawson of Penn, conhecido também como Relatório Dawson, tratando da organização do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002), cuja a estrutura organizacional é baseada em três diferentes níveis de atenção, sendo o primeiro nível, o mais básico, centros de atenção primária à saúde, apoiado por um segundo nível, composto por especialistas que forneciam atenção por consultas que, por fim, era apoiado pelo último e terceiro nível de atenção, constituído por hospitais-escola para o cuidado às doenças mais raras da sociedade.

Em 1978, a Declaração de Alma Ata codificou a “santidade” da atenção primária à saúde como princípio para todos os sistemas de saúde do mundo (STARFIELD, 2002). Assim a atenção primária à saúde foi definida, pela Assembleia Mundial de Saúde, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local, onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978; STARFIELD, 2002).

Segundo Tasca et. al. (2019), a Declaração de Alma Ata celebra os valores e os princípios de uma visionária estratégia que contempla três dimensões principais, que merecem ser reconhecidas e reafirmadas:

A primeira, de cunho político, consagra a saúde como direito humano fundamental, apontando para universalidade e integralidade da atenção como instrumentos que concretizam este direito; a segunda, de cunho social, destaca a determinação social, econômica e ambiental do estado de saúde das pessoas, afirmando a necessidade de atuar contra os fatores determinantes, com destaque às desigualdades sociais; a terceira dimensão, com foco assistencial, abrange os princípios da medicina de família e

comunidade, que se concretizam no acesso universal a uma atenção primária resolutive, que proporciona atenção integral, humanizada, segura e sem barreiras financeiras ao acesso (TASCA et.al., 2019).

Logo a APS foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa “a mais” (BACH, 1990 apud STARFIELD, 2002). Segundo Mendes (2011), há três interpretações principais da APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011). Barbara Starfield (2002) enfatiza que:

Atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Vouri (1985) apud Starfield (2002), sugeriu quatro formas de visualizar a atenção primária: como um conjunto de atividades, como um nível da atenção, como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e como uma filosofia que permeia a atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Esta visão requer que um sistema de atenção à saúde seja organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde (VOURI, 1984 apud STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde (AB) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para efeitos nesse trabalho será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

A atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de Atenção Primária à Saúde (APS). Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (*primary health care*), identificando-se três linhas principais de interpretação: 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

A APS ou AB tem se desenvolvido de forma progressiva no Brasil, tendo como marco significativo a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, sendo redefinida pela Política Nacional de Atenção Básica de 2006, oficialmente, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (TASCA et. al., 2019). Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica à Saúde), essa caracteriza-se, no Brasil, por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um determinado território (BRASIL, 2012).

Nos últimos 10 anos, o número de equipes de Saúde da Família cresceu mais de 50%, sendo que a estimativa da população brasileira coberta pela ESF passou de 51,23% em 2007 para 71,16% em 2018 (TASCA et. al., 2019). Segundo Tasca et. al. (2019), o último pico de crescimento foi observado entre 2013 e 2014, com a implantação do Programa Mais Médicos, que permitiu o provimento de profissionais médicos para a ESF em localidades de difícil acesso e de maior vulnerabilidade social e econômica do Brasil.

3.3.2. A construção da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

O Sistema de Saúde do DF foi inaugurado ao mesmo tempo que Brasília se tornava a nova capital da República, no meio do Planalto Central. No início da estruturação do sistema de saúde, dois planos foram muito importantes para a definição do que se encontra hoje na conformação da saúde do DF, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, conhecido como Plano Bandeira de Mello de 1960 e o Plano de Assistência à Saúde de 1979.

O Plano de Saúde Bandeira de Mello propunha a organização de um sistema de saúde com a seguinte configuração: a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais; b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais; c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração; d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos; e) livre arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde; f) pagamento aos médicos por produtividade; g) regime de trabalho integral; h) possibilidade de atendimento médico a pacientes particulares; i) participação da população na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde; k) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar (MELO, 1959 apud GOTTEMS et. al., 2019).

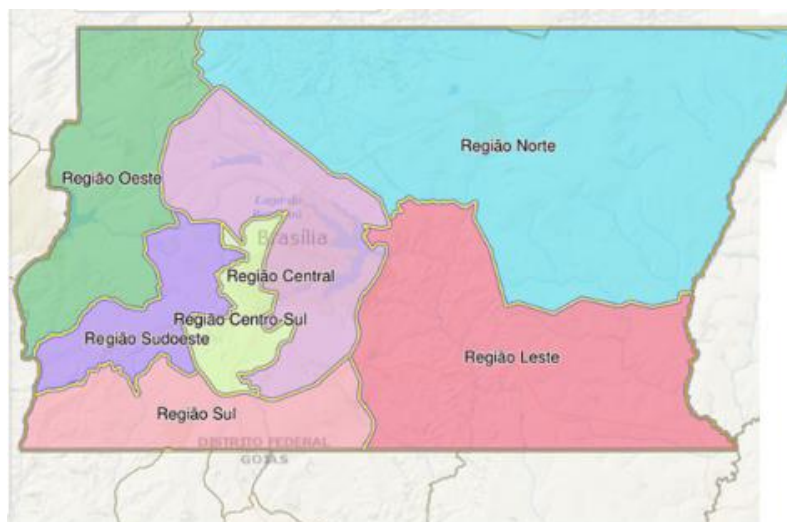
Já o Plano de Assistência à Saúde de 1979, proposto por Jofran Frejat e inspirado no *National Health System* (NHS), Serviço Nacional de Saúde – tradução livre, do Reino Unido e na Declaração de Alma Ata de 1978, trazia a APS como estratégia de ampliação da cobertura e acesso da população aos serviços de saúde, com unidades de saúde de prestação de cuidados primários em áreas rurais (postos rurais) e urbanas (centros de saúde) (GOTTEMS et.al., 2019).

Entre os anos de 1995 a 2002, inspirado pelo Programa Saúde da Família (PSF) de 1994, o DF cria o Instituto Candango de Solidariedade (ICS) com a finalidade de implantar o Programa Saúde em Casa (PSC), cuja a missão era ampliar a cobertura populacional e mudar o modelo assistencial com a proposta de organizar a APS.

Esta forma de implantar a APS no DF se diferenciava em dois aspectos: alterava o modelo de atenção primária desenvolvido até aquele momento e criava uma entidade não governamental responsável pela infraestrutura física, instalação das equipes e contratação dos profissionais de saúde (GOTTEMS, 2010 apud GOTTEMS et. al., 2019).

No período de 2003 a 2010, outra importante iniciativa na área da saúde foi o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde (PDPAS), criado por meio do Decreto Nº 31.625, de 29 de abril de 2010 (DISTRITO FEDERAL, 2010), com o objetivo de executar a descentralização das ações e atribuir mais autonomia as Diretorias Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde. No período que se sucede, também se realizaram mudanças significativas nas Regiões de Saúde do DF com a criação de superintendências, responsáveis pela gestão das redes de saúde em cada um desses territórios e a contratualização de metas e resultados entre as Superintendências das 7 Regiões de Saúde (Central, Centro-Sul, Leste, Oeste, Sudoeste, Norte, Sul) e a Administração Central da SES-DF (GOTTEMS, 2017 apud GOTTEMS et. al., 2019).

Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: SES/DF, 2018.

Nos dois últimos anos, 2017 e 2018, a APS do DF conseguiu marcos significativos para o seu fortalecimento com publicação das Portarias Nº 77 e 78 de 2017 da SES/DF, sendo que a primeira portaria estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017a); e a segunda que regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2017b). A proposta que dispõem as portarias nº 77 e 78 foi formulada nos anos de 2016 e 2017, em complemento ao Projeto Brasília Saudável (DISTRITO FEDERAL, 2016 apud GOTTEMS et. al., 2019), apresentado em 2016, que propunha um conjunto de ações de fortalecimento da APS e das unidades de pronto atendimento (UPAS) (GOTTEMS et. al., 2019).

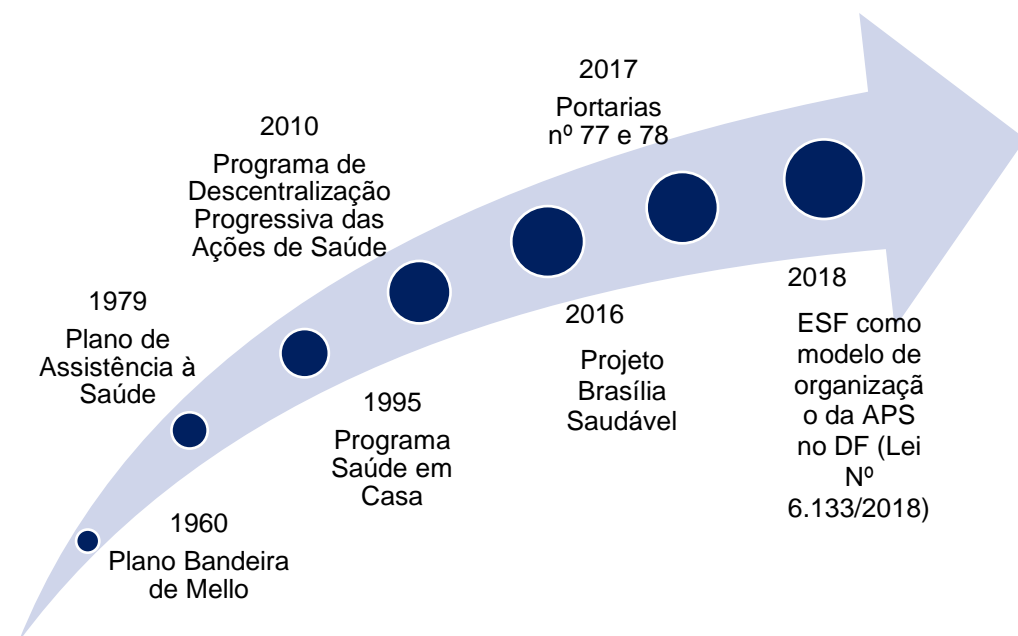
No ano de 2018, a Câmara Legislativa do DF aprova Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabelecendo legal e oficialmente a ESF como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018a; TASCA et., al. 2019).

Considerando os princípios, as diretrizes e os fundamentos da APS (STARFIELD, 2002), o Projeto Brasília Saudável prevê que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do DF passem a funcionar com equipes da ESF como modelo assistencial substitutivo ao modelo convencional, visando ampliar o acesso e o vínculo dos usuários aos serviços, com maior resolutividade, eficiência e de forma a organizar a gestão do cuidado de maneira longitudinal, integral e articulada com a rede de atenção à Saúde (TASCA et., al. 2019). A configuração que perdurava na organização da saúde do DF desde meados da década de 1990, era a coexistência de dois modelos de APS: UBS com serviços organizados por meio de especialidades médicas e agenda programada que predominava no Plano Piloto e algumas

Regiões Administrativas; e a ESF, organizada segundo princípios de adscrição de clientela, abordagem familiar, vínculo e longitudinalidade, entre outros princípios, presente na maioria das Regiões Administrativas com maior vulnerabilidade social (DISTRITO FEDERAL 2017; GOTTEMS, 2009 apud GOTTEMS et., al., 2019). Para operacionalizar esta medida, os profissionais de saúde que atuavam na lógica do modelo tradicional tiveram a opção de passar por um processo de alteração funcional para comporem as equipes de Saúde da Família (eSF). Por esta razão, o projeto ficou popularmente conhecido como “Converte” e foi normatizado pela Portaria SES/DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que permitiu que estes trabalhadores então compusessem equipes de transição, mediante a uma capacitação e ao cumprimento de requisitos para a composição de eSF (DISTRITO FEDERAL, 2017; TASCA et., al. 2019).

Atualmente, a APS no DF é desenvolvida em 168 UBS, com 540 equipes de ESF, cuja cobertura atinge mais de 2 (dois) milhões de habitantes (68% da população residente) (GOTTEMS et., al. 2019). O sistema público de saúde do DF tem na SES-DF a principal entidade mantenedora e executiva das diferentes atividades de gestão, como financiamento, planejamento, aquisições e contratação de profissionais (GOTTEMS et., al. 2019).

Figura 3 – Cronologia das principais ações de organização da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal durante os anos de 1960 a 2018.



Fonte: Elaboração Própria

No momento presente, de acordo com o organograma institucional da SES/DF, a APS está sendo coordenada e dirigida de maneira central pela COAPS, e com o auxílio das DIRAPS's de maneira regional, nas regiões de saúde pelo DF. Essas unidades gestoras possuem com atribuições comuns: direcionar, coordenar,

Figura 4 – Organograma das unidades gestoras da APS no Distrito Federal.



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde e das sete Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2019.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se há indícios de governança nas tomadas de decisões da gestão da COAPS e das DIRAPS's para que a APS possa desempenhar seu papel como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde;
- Verificar se a gestão pública da COAPS e das DIRAPS's se apropriam de todo eixo da governança para alcançar as diretrizes da APS;
- Verificar se as diretrizes da APS podem ser analisadas por meio dos mecanismos da governança organizacional; e
- Identificar o entendimento acerca do termo “governança” pelos gestores da COAPS e das DIRAPS's.

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa de cunho descritivo e exploratório a partir de fontes primárias e secundárias. A abordagem quali-quantitativa foi realizada por meio de uma pesquisa de campo, e os dados da pesquisa foram de fontes primárias, coletados através de um questionário semiestruturado e adaptado para as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) e das sete Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS's). Em seguida, os dados obtidos foram tabulados e sistematizados por meio do programa Microsoft Office Excel®. No que se refere a parte descritiva, esta foi caracterizada em abordar a compreensão dos participantes acerca da importância da governança como um dos mecanismos de gestão para o aprimoramento das tomadas de decisão.

A análise documental foi elaborada tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica, as Portarias Nº 77 e 78 de 2017 da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2015/2016.

5.2. LOCAL DE ESTUDO

Os locais de estudo foram a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS), localizada no Edifício Central da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), e as sete Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS's), localizadas nas regiões de saúde que as representam, em espaços físicos distintos, pelo Distrito Federal. Essas coordenação e diretorias são responsáveis por coordenar o processo de organização e desenvolvimento dos serviços e ações na atenção primária à saúde como modelo assistencial ordenador das Redes de Atenção à Saúde com ênfase na Estratégica Saúde da Família em todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017a).

5.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi não-probabilística do tipo por acessibilidade ou por conveniência do participante. O grupo pesquisado foi constituído a partir da

identificação de coordenadores, assessores, diretores e gerentes lotados na COAPS e nas DIRAPS's. Estimou-se um n total amostral de 36 pessoas, compostos por: 1 Coordenador; 3 Assessores; 3 Diretores; 8 Gerentes, 7 Diretores Regionais de Atenção Primária à Saúde e 14 Gerentes Regionais de Atenção Primária à Saúde. O recrutamento dos participantes foi realizado de forma aleatória, considerando a disponibilidade dos mesmos e após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram todos os coordenadores, assessores, diretores e gerentes lotados na COAPS e nas DIRAPS's que, concordaram em participar da pesquisa assinando o TCLE. Logo, como critérios de exclusão, foram excluídos dessa pesquisa: os servidores que atuavam na COAPS e/ou nas DIRAPS's há menos de um mês; os servidores que se sentiram constrangidos e/ou se negaram a participar no momento da aplicação dos questionários; e os servidores que eventualmente não estavam presentes durante o período da coleta de dados por motivos de licença médica ou férias.

5.5. QUESTIONÁRIO

O questionário utilizado para coleta dos dados foi adaptado do questionário aplicado no Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde de autoria do Tribunal de Contas da União (TCU) (Acórdãos 1130/2017-TCU e 1840/2017-TCU). O questionário foi validado por 3 profissionais de saúde escolhidos de modo aleatório e sem qualquer ligação com a pesquisa. O mesmo foi aplicado aos participantes da pesquisa no segundo semestre do ano de 2019, e foi subdividido em três partes:

- Parte 1: trata das ações de governança organizacional da APS com 36 questões;
- Parte 2: trata das ações da gestão pública da APS com 35 questões,
- Parte 3: trata de governança e gestão em saúde com 4 questões abertas.

E incluído um glossário com a definição de 20 termos utilizados no instrumento, adaptado do TCU. Esse glossário poderia ser consultado a qualquer momento durante a aplicação do instrumento.

Para fins de organização e análise, o questionário seguiu o padrão da escala de resposta de Likert (concordo plenamente, concordo parcialmente, não concordo e nem discordo, discordo parcialmente, discordo plenamente), totalizando 75 questões.

5.6. METODOLOGIA DA ANÁLISE

Na análise quantitativa dos dados considerou-se a escala de resposta de Likert onde cada alternativa foi classificada em níveis de capacidade: inicial, intermediário e aprimorado. As respostas de concordo plenamente e concordo parcialmente foram classificadas como aprimorado; as respostas discordo plenamente e discordo parcialmente foram classificadas como inicial; e a resposta não concordo e nem discordo foi classificada como intermediário.

A partir da consolidação das respostas e da classificação das mesmas de acordo com os níveis de capacidade apresentados acima, o exercício da governança organizacional e da gestão pública da COAPS e das DIRAPS's foram considerados como inicial, intermediário ou aprimorado.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel®, e para melhor sistematização das informações foram construídas tabelas e gráficos.

5.7. RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A pesquisa poderia apresentar algum tipo de desconforto devido ao tempo disponibilizado para o preenchimento dos questionários, constrangimento ao participante em responder questões sensíveis e a possibilidade de perda do sigilo das informações. Contudo, tais riscos foram minimizados com a otimização do tempo durante a aplicação dos questionários; a garantia de local reservado para a coleta de dados; a confidencialidade, a privacidade e o cuidado com as informações que dizem respeito ao participante; e a liberdade para não responder questões constrangedoras. Os benefícios foram os conhecimentos gerados a partir dos resultados que o estudo propiciou, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de trabalho na área da governança e da gestão em saúde, bem como, para a academia e demais pesquisas da área.

5.8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A limitação desse estudo se deu no momento em que a pesquisa foi desenvolvida apenas com participantes que concordaram em participar da aplicação do questionário. Contudo, a partir dos resultados obtidos por meio do preenchimento do mesmo, foi possível identificar, na visão destes participantes, a atual conjuntura da governança e da gestão na atenção primária à saúde no âmbito da COAPS e das 7 DIRAPS's; possíveis gargalos; e boas práticas de governança e gestão desenvolvidas nesses setores.

5.9. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília, CAAE nº 18713019.0.0000.8093, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), CAAE nº18713019.0.3001.5553, seguindo as especificações e exigências da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes envolvidos na pesquisa receberam e tiveram conhecimento acerca do TCLE, da divulgação dos achados, da confidencialidade e anonimato de suas identidades. O TCLE foi assinado pelos participantes e entregue aos pesquisadores.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa buscam caracterizar o exercício da governança organizacional e da gestão pública na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal sob a perspectiva dos colaboradores que ocupam os cargos de gestão tática (coordenador e diretores regionais) e gestão operacional (assessor, diretores, gerentes e gerentes regionais) na COAPS e nas DIRAPS's, que são responsáveis por gerir este nível de atenção à saúde.

Participaram deste estudo 28 profissionais de saúde, sendo: 1 Coordenador; 1 Assessor; 3 Diretores; 3 Gerentes, 7 Diretores Regionais e 13 Gerentes Regionais. Os dados discutidos foram aqueles que apresentaram maior frequência entre os entrevistados. Os resultados foram apresentados considerando a divisão já estabelecida no questionário, a saber: Parte 1 – Governança organizacional da Atenção Primária à Saúde; Parte 2 – Gestão pública da Atenção Primária à Saúde e Parte 3 – Governança e Gestão em Saúde na Atenção Primária à Saúde, e em anexo ao estudo, encontram-se as análises do instrumento.

6.1. GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A governança organizacional, para ser efetiva, pressupõe a prática de três mecanismos: liderança, estratégia e controle. À vista disso, no que se refere ao mecanismo de liderança, mais precisamente no que tange a gestão de pessoas, conjunto de práticas gerenciais e institucionais que visam estimular o desenvolvimento de competências, conhecimento, habilidades (BRASIL, 2014), pretendeu-se analisar os processos relacionados a pessoas e competências, isto é, a definição dos perfis profissionais e sua seleção para ocupação dos cargos estratégicos da APS tanto na COAPS quanto nas DIRAPS's.

Dessa maneira, na afirmativa 1.1. do questionário (Tabela 2), onde foi questionado se estão descritos os perfis profissionais que o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS devem possuir, não houve consenso entre os entrevistados, sendo que as respostas se dividiram entre as categorias concordo parcialmente (8 = 30%) e discordo plenamente (8 = 30%). Destaca-se que dentre as oito respostas discordo plenamente, 4 (15%) eram dos profissionais da gestão tática

da COAPS e das DIRAPS's. E dentre as oito respostas concordo parcialmente, 6 (22%) eram dos profissionais da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's. Cabe ressaltar ainda que, um profissional da gestão operacional de uma das DIRAPS's deixou essa questão em branco.

Sobre a afirmativa 1.2., onde solicita-se se estão definidos os critérios de seleção do coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS, as maiores porcentagens se concentraram nas categorias discordo plenamente (15 = 56%), seguida de discordo parcialmente (5 = 19%), sendo que, com exceção de dois profissionais da gestão tática das DIRAPS's, que concordaram parcialmente em suas respostas, a maioria dos demais participantes discordaram parcialmente ou plenamente com esta afirmativa. Cabe ressaltar que um profissional da gestão operacional de uma das DIRAPS's deixou essa questão em branco.

Esse mesmo resultado também foi percebido em outra afirmativa, 1.3., sobre se o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS são selecionados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos, 17 (63%) participantes responderam que discordam parcialmente ou plenamente com esta afirmativa, com exceção de três profissionais da gestão tática das DIRAPS's, que concordaram parcialmente em suas respostas. Cabe ressaltar que um profissional da gestão operacional de uma das DIRAPS's deixou essa questão em branco.

Em suma, o cenário das respostas das afirmativas a respeito da liderança, gestão de pessoas, pode demonstrar um ponto negativo no exercício da governança organizacional da COAPS e das DIRAPS's, dado que a gestão de pessoas parece não ser praticada conforme exposto pelo TCU (BRASIL, 2014). Essa conjuntura reflete a inexistência de documentos, normativas e regimentos dentro da APS que mencionam as competências, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ou desejáveis para a ocupação de cargos considerados estratégicos na APS, além de critérios e processos de seleção e recrutamento.

Isso decorre devido à forte relação política exercida sobre os cargos estratégicos, que também são vistos como cargos políticos, de confiança, de livre provimento e nomeação (BRASIL, 2015). Em outras palavras, a forma de recrutamentos desses cargos é uma seleção discricionária por um gestor ou político (GRAEF, 2009 apud BRASIL, 2015), e nada diz respeito a capacidade, competências e habilidades dos nomeados.

Considera-se nomeação política, em um primeiro sentido, aquela que não se orienta por critérios previamente estabelecidos, de forma expressa ou tácita, e que restringe a escolha ao preenchimento de certas condições (LOUREIRO; ABRUCIO, 1999).

Logo, esse espaço considerado de livre provimento e nomeação excessivamente e indevidamente politizado, produz efeitos negativos sobre a gestão da APS, uma vez que a alta rotatividade dos cargos e a inexistência de critérios claros de seleção reduz o incentivo à qualificação e ao desempenho dos servidores (KOPECKY, SCHERLIS E SPIROVA, 2009 apud BRASIL, 2015). Um exemplo dessa perspectiva é expresso por Graef, 2009 apud Brasil, 2015, que relata:

uma estrutura de confiança política muito alargada inevitavelmente desestrutura o funcionamento das organizações públicas, causando descontinuidade e ineficiência administrativa, além de constituir-se em elemento de permeabilidade excessiva que favorece os grupos de interesses e, até mesmo, a corrupção (GRAEF, 2009 apud BRASIL, 2015).

Ainda segundo o TCU, o bom desempenho desse mecanismo tem o potencial de influenciar todas as demais práticas de governança (BRASIL, 2018b).

Em relação ao mecanismo de estratégia, que envolve o estabelecimento de práticas para o alcance dos objetivos institucionais, monitoramento e acompanhamento continuamente dos indicadores e metas fixados, além da administração eficientemente dos recursos postos à disposição da organização (BRASIL, 2018b), considerou-se relevante analisar a estratégia e alinhamento organizacional da COAPS e das DIRAPS's com foco no fortalecimento da APS.

Posto isto, sobre a afirmativa 1.13., onde foi questionado se estão estabelecidas tais estratégias na COAPS e ou nas DIRAPS's, as respostas se segmentaram, nas categorias concordo parcialmente (11 = 39%) e discordo parcialmente (10 = 36%), sendo que das onze respostas concordo parcialmente, 7 (25%) eram de profissionais da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's. Destaca-se que apenas um profissional da gestão operacional de uma das DIRAPS's discordou plenamente (4%) com a afirmação.

Na afirmativa 1.16., que verifica se a Atenção Primária à Saúde está contemplada na Programação Anual de Saúde (PAS.), cerca de 22 participantes (79%) concordaram plenamente ou parcialmente, ressaltando-se que apenas 1 (4%) profissional da gestão tática de uma das DIRAPS's discordou parcialmente com esta afirmativa.

No que diz respeito a afirmativa 1.20., onde estão estabelecidas as diretrizes da APS como estratégia prioritária a fim de que essa seja a ordenadora do cuidado e

a coordenadora das redes de atenção à saúde, as maiores porcentagens das respostas se concentraram nas categorias concordo plenamente ou parcialmente (23 = 85%), com exceção de 4 (14%) profissionais da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's que discordaram parcialmente com esta afirmativa.

A partir desse cenário, percebe-se que embora seja de senso comum entre os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), fortemente e amplamente divulgada entre servidores, academia e população, na estratégia organizacional da SES-DF, os serviços COAPS e DIRAPS's não expressam tal contexto. A estratégia organizacional representa o caminho escolhido pela empresa para enfrentar as turbulências externas e aproveitar os seus recursos da melhor maneira possível (CHIAVENATO, 2005). Ainda segundo Chiavenato (2005), a estratégia define o comportamento da organização em um mundo mutável, dinâmico e competitivo, e é condicionada pela missão organizacional, pela visão do futuro e dos objetivos principais da organização. Logo, entende-se que uma organização, a partir da definição da sua visão de futuro, da sua missão institucional, deve formular suas estratégias para desdobrá-las em planos de ação e acompanhar sua implementação (BRASIL, 2010 apud BRASIL, 2014), afim de entregar resultados as partes interessadas.

Partindo desse pressuposto, nota-se o quanto é relevante que haja a definição clara de um modelo de gestão estratégica na COAPS e nas DIRAPS's que contemple a APS como estratégia prioritária para desenvolvimento das demais ações de saúde.

No Plano de Governo do atual governador (TSE, 2018), verifica-se que a APS foi contemplada apenas e tão somente no que se refere a ampliação de equipes e unidades, a reconhece ainda como porta de entrada do sistema, porém não é estabelecida como a principal frente de atuação e reconhecida efetivamente como fundamental para a organização do sistema. E na Programação Anual de Saúde, constata-se que a APS se encontra contemplada, mas em apenas um dos objetivos do Eixo 1: Modelo de Atenção, que traz: 'fortalecer a política de atenção primária a saúde com o foco da expansão da ESF', somente no que se refere a expansão do número de equipes, sem fazer referência a organização da rede a partir da APS.

A APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não basta essa preocupação quantitativa por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor para as pessoas usuárias. Além disso, cabe à APS a responsabilização pela saúde da população e a coordenação das RAS (MENDES, 2015).

Isso se reflete na atual disposição do organograma da SES-DF (Figura 4) que impacta no alinhamento organizacional entre esses setores – COAPS e DIRAPS's. Observa-se que no organograma da SES-DF, as DIRAPS's não estão diretamente subordinadas a COAPS, mas sim as superintendências das regiões de saúde. Isso corroborado na Portaria Nº 77 de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2017a), onde a COAPS é responsável pela definição de estratégias para a APS sem operacionalizar e desenvolver as ações e serviços de saúde realizadas pelas DIRAPS's.

No que tange o mecanismo de controle, que compreende o estabelecimento de controles e sua avaliação, transparência e *accountability*, prestação de contas das ações e a responsabilização pelos atos praticados (BRASIL, 2014), julgou-se pertinente analisar as práticas de gestão de riscos, *accountability* e transparência dentro da COAPS e das DIRAPS's.

Na afirmativa 1.28., em que é questionado se é realizado gestão de riscos pela COAPS e ou pelas DIRAPS's, a maior porcentagem se concentrou na categoria discordo plenamente (12 = 43%), destacando que dentre as dozes respostas, 7 (25%) eram dos profissionais da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's.

Quanto a afirmativa 1.34., sobre se existe prestação de contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde (por exemplo Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores (RDQA) estão publicados no SargSUS), cerca de 68% (19) concordaram plenamente ou parcialmente, ressaltando que apenas um profissional da gestão tática de uma das DIRAPS's discordou parcialmente (1= 4%) com esta afirmativa.

O contexto que as afirmativas referentes ao mecanismo de controle, demonstram a falta de um sistema gestão de riscos dentro desses setores. Segundo Intosai (2007) apud Brasil (2014), o desafio da governança nas organizações públicas é determinar quanto risco aceitar na busca da melhor maneira possível de prestar serviços aos cidadãos. Qualquer atividade realizada gera um risco inerente, e é importante que esteja estabelecido dentro da organização controles internos e monitoramento para tratamento adequado dos riscos identificados. Complementar a isso, é relevante que haja a prestação de contas e responsabilização dos colaboradores quanto aos resultados das suas ações dentro da gestão. Em outras palavras, estabelecer o princípio de *accountability* na organização (DE FARIA, 2005).

6.2. GESTÃO PÚBLICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção de uma APS de qualidade, eficiente e efetiva, implica no desempenho de certos atributos e funções. Barbara Starfield (2002) define sete atributos para estruturação da APS, sendo esses: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; orientação comunitária; e competência cultural. Complementar a isto, Mendes (2012), aponta três funções essenciais para operacionalização da APS: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. Partindo desse pressuposto, considerou-se relevante analisar o cumprimento dos atributos e a operacionalização dos mesmos na gestão tanto da COAPS quanto das DIRAPS's.

Dessa maneira, na afirmativa 2.1., onde foi verificado se estão estabelecidos na COAPS e ou nas DIRAPS's os papéis e responsabilidades da estrutura da APS, 96% (27) concordaram plenamente ou parcialmente com esta afirmativa, com exceção de apenas 1 (4%) colaborador da gestão tática de uma das DIRAPS's que discordou plenamente em sua resposta.

Sobre afirmativa 2.5, onde foi questionado se é realizado de forma sistematizada na COAPS e ou nas DIRAPS's o levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção primária à saúde (por exemplo, o estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; o estudo da situação demográfica e socioeconômica da população adscrita; pesquisas de demanda reprimida; conferências de saúde; e reuniões com partes interessadas), cerca de 54% (15) concordaram parcialmente com essa afirmação, sendo que 8 (29%) colaboradores da gestão tática e operacional da COAPS e das DIRAPS's discordaram parcialmente em suas respostas. Destaca-se que dentre as oito respostas discordo parcialmente, 3 (11%) eram de colaboradores da gestão tática da COAPS e das DIRAPS's.

Quanto a afirmativa 2.7., onde foi verificado se estão claramente definidos e estabelecidos os territórios sob responsabilidade de cada região de saúde da APS, 23 (85%) concordaram plenamente ou parcialmente, sendo que 3 (11%) dos colaboradores da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's discordaram plenamente ou parcialmente em suas respostas. Na afirmativa 2.8., onde foi questionado se estão estabelecidos os mecanismos para vincular os profissionais de saúde aos usuários que devem acompanhar, cerca de 17 (61%) dos colaboradores

concordaram parcialmente com esta afirmativa, destaca-se que 3 (11%) dos colaboradores da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's discordaram parcialmente em suas respostas.

Em relação a afirmativa 2.11., onde foi verificado se são executadas as estratégias para vincular a população às regiões de saúde (por exemplo: ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial, serviços de referência no território, humanização do atendimento), as maiores porcentagens se concentraram nas respostas concordo parcialmente (15 = 54%) seguida de discordo parcialmente (7 = 25%). Destaca-se que dentre as sete respostas de discordo parcialmente, 2 (7%) eram de colaboradores da gestão tática da COAPS e das DIRAPS's.

Na afirmativa 2.17., onde foi questionado se estão estabelecidos onde necessários nas regiões de saúde os meios de apoio logístico, como de transporte sanitário, 14 (50%) discordaram plenamente ou parcialmente, sendo que dentre as 14 respostas de discordo plenamente ou parcialmente 12 (60%) eram dos colaboradores da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's. Esse mesmo resultado se apresentou na afirmativa 2.18., onde foi verificado se as equipes de APS são formadas por profissionais multidisciplinares, em quantidade e com a qualificação adequada para as suas atribuições, 16 (57%) discordaram plenamente ou parcialmente, sendo que dentre as 16 respostas de discordo plenamente ou parcialmente 13 (46%) eram dos colaboradores da gestão operacional da COAPS e das DIRAPS's.

Já na afirmativa 2.32., onde foi questionado se estão estabelecidos os mecanismos que permitem que os profissionais da APS se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o contrarreferenciamento de usuários, (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação), as respostas se concentraram na categoria discordo parcialmente (12 = 43%), seguida de discordo plenamente (8 = 29%). Destaca-se que 6 (21%) colaboradores da COAPS e das DIRAPS's discordaram parcialmente ou plenamente, com exceção de 2 (7%) colaboradores que concordaram parcialmente em suas respostas.

A partir desses achados, percebeu-se que, nas afirmativas onde eram abordados os atributos da APS, houve um predomínio de respostas da categoria concordo parcialmente, dado que já é comumente estabelecido e de senso comum entre os colaboradores da gestão tanto da COAPS e quanto das DIRAPS's, as atribuições que a APS deve desempenhar. Diante desse cenário, pode se afirmar que

há um reconhecimento e uma visão fortemente estabelecida, entre esses colaboradores, da importância da APS e do papel que ela desempenha dentro de um sistema de saúde.

Mendes (2012), explica que os primeiros quatro atributos são essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) são os atributos derivados. Starfield (2002) descreve cada um desses atributos, tal:

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

Por outro lado, nas afirmativas que tratavam a respeito das funções essenciais para a operacionalização da APS (MENDES, 2012), constatou-se discordância na maioria das afirmativas, uma vez que o estabelecimento de mecanismos que auxiliem na operacionalização dos atributos da APS ainda é um aspecto que não está solidificado. Essa conjuntura parece demonstrar uma fragilidade na obtenção mínima da operacionalização da APS, dado que, embora seja uma estratégia dessa gestão fortalecer e ampliar a cobertura da APS no DF, a instituição de mecanismos que aprimorem e ou auxiliem na estrutura da demanda e da oferta da APS e consequentemente no alcance dessa estratégia, ainda é incipiente e isso se apresenta como um desafio a ser superado por essa gestão.

Segundo Mendes (2012), uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização.

A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população (MENDES, 2012).

Barbara Starfield (2002) salienta que, o estabelecimento de mecanismos para oferecer a continuidade da atenção e o acesso ao atendimento são importantes na APS, porque sem eles não haveria maneira de lidar com problemas que exigem mais do que uma consulta ou exigem transferência de informações (STARFIELD, 2002). Complementar a isso Mendes (2012), frisa que a comunicação da APS dentro das RAS significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (MENDES, 2012). Além disso, uma boa organização dos serviços de APS contribui em geral para maior eficiência do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Contundo, sabe-se que a organização e a consolidação da APS não é tarefa simples, isso implica em uma construção social da APS. Em outras palavras, no estabelecimento harmônico entre estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular (MENDES, 2015).

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também, muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários (MENDES, 2015).

6.3. GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O exercício da governança na gestão em saúde pode gerar impactos positivos na eficiência, na qualidade e na efetividade das ações e serviços da APS. Por conseguinte, considerou-se pertinente identificar o entendimento acerca do termo governança em saúde por parte dos colaboradores tanto da COAPS quanto das DIRAPS's. Além disso, decidiu-se verificar também o que os mesmos supõem ser

gestão em saúde. Ressalta-se que havia um glossário com vários termos, anexo ao instrumento, que poderia ser consultado a qualquer momento pelos colaboradores para auxílio nas respostas.

Foi percebida, durante a aplicação dos questionários, a dificuldade dos colaboradores em definirem o que entendem por governança em saúde. Notou-se que essa dificuldade se demonstrou tanto nos colaboradores da gestão tática quanto da gestão operacional. Houve colaboradores que confundiram a definição de governança em saúde com a definição de gestão em saúde. Outros correlacionariam ambas sendo com a capacidade de gerir recursos para a garantia de oferta de serviços de saúde de qualidade. Alguns discursos abordaram governança como um conjunto de ações ou capacidades para promover um melhor sistema/serviços de saúde e que isso envolvia a participação de diversos atores e entes federativos.

“Um conjunto de ações tomadas entre os entes federativos de forma compartilhada para planejar, avaliar e executar políticas de saúde com o intuito de melhorar a eficiência dos serviços de saúde.” (DR 2)

“Um conjunto de estratégias e mecanismos que estabelecem as condições para o amplo funcionamento efetivo das ações de saúde.” (GR 5)

“Governança em saúde em linhas gerais se reflete na interdependência, escalonamento de riscos, enfrentamento das dificuldades na organização dos serviços em rede, com garantia de acesso recursos financeiros de forma tripartite.” (DR 4)

Por outro lado, notou-se uma maior facilidade entre eles para definir o que se entende por gestão em saúde. Muitos expressaram em seus discursos que gestão em saúde é a capacidade de gerenciar e administrar os recursos, políticas, programas, ações e servidores de saúde.

“A gestão em saúde consiste em aplicar as estratégias, metas, processos de trabalho e mecanismos, bem como avaliar resultados e planejar as melhores estratégias.” (GR 3)

“Planejar, implementar, monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, utilizando e administrando da melhor maneira possível os recursos (recursos humanos, financeiros, etc.) disponíveis de maneira eficaz.” (GR 6)

Ainda que, alguns colaboradores apresentassem dificuldades com a definição dos termos, quando questionados sobre a importância da governança para a gestão da APS, todos manifestaram achar ser relevante o exercício da governança na APS.

*“A importância está no empoderamento que a governança pode proporcionar à gestão da atenção primária. Fazendo gestão das necessidades políticas e técnicas, com embasamento metodológico e descentralização de gestão para as regiões.”
(DR 7)*

Diante deste cenário, constata-se o quanto é fundamental a distinção entre o papel que a governança e a gestão desempenham para o alcance da mudança que se deseja na APS, uma vez que tal conjuntura não se mostrou clara para os colaboradores da COAPS e das DIRAPS's. Entende-se que a governança possibilita o empoderamento desses colaboradores em prol de uma melhor capacidade de organização interna. E complementar a isso, a gestão proporciona uma melhor capacidade de operacionalizar as estratégias estabelecidas previamente.

À vista disso, torna-se relevante estimular ações de educação permanente, dado que o exercício da governança nas instituições públicas de saúde é uma iniciativa recente e o termo ainda é desconhecido por boa parte dos colaboradores, uma vez que alguns desses colaboradores tiveram contato com a temática a partir da publicação Decreto Nº 39.736, de 28 de março de 2019 e da Portaria Nº 459, de 19 de junho de 2019 que dispõem a respeito da Política de governança e do exercício da governança em saúde no DF, respectivamente.

Além disso, tendo em vista que a governança mostra ganhar espaço e importância na estruturação do atual governo do DF, recomenda-se, no que diz respeito a área da saúde, a realização de capacitações que se baseiem nos materiais de governança e gestão em saúde do TCU, do Ministério da Saúde, e em outras literaturas que abordam o assunto em questão. Alcançando assim, o empoderamento desses colaboradores para o aprimoramento dos processos de trabalho dentro da APS em prol de uma gestão sustentável, e a prestação de serviços de qualidade para a população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo apontaram que o exercício da governança organizacional na COAPS e nas DIRAPS's é inicial, o que implica na fragilidade da gestão pública da APS no DF. Além disso, embora as publicações do Decreto Nº 39.736, de 28 de março de 2019 e da Portaria Nº 459, de 19 de junho de 2019, que dispõem a respeito da política de governança e do exercício da governança em saúde no DF, respectivamente, tenham se apresentado como uma iniciativa para estimular a prática da governança na gestão em saúde, nota-se ainda que a própria gestão não usufrui de base sólida e eficaz na qual seus colaboradores possam exercer a capacidade mínima de auto-organização, cumprimento e realização das ações prioritárias da melhor forma possível, em termos de custo-benefício. Com base nos achados, pode-se afirmar que os resultados apresentados refletem a imagem do exercício da governança e da gestão tanto da COAPS quanto das DIRAPS's, o que implica na consolidação e fortalecimento da APS no DF.

A pesquisa demonstrou que o desenho da estrutura organizacional da SES-DF, no que diz respeito aos setores da COAPS e das DIRAPS's, impacta na gestão da APS, uma vez que não há ligação direta de hierarquia entre esses setores, o que acarreta na fragmentação do planejamento das ações e serviços de saúde de cada região de saúde. Evidenciou-se ainda que, o fato da nomeação dos cargos estratégicos da APS ser realizado por meio de indicações políticas, reduz o incentivo à qualificação e ao desempenho dos servidores de carreira (KOPECKY, SCHERLIS E SPIROVA, 2009 apud BRASIL 2015).

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo, incentivem o fomento de outras pesquisas acerca do tema, contemplando a Atenção Primária à Saúde e os demais níveis de atenção à saúde, uma vez que os mecanismos de governança se configuram como uma importante ferramenta de direção, monitoramento e avaliação dos processos da gestão visando garantir o alcance das metas e objetivos das instituições de saúde.

Por fim, salienta-se a importância deste estudo para a área de Saúde Coletiva uma vez que a toda a graduação do curso é pautada na relevância do exercício da governança para a gestão em saúde. Além disso, essa temática se configura com um forte espaço de atuação do bacharel em saúde coletiva, dado que o assunto vem cada vez mais crescendo e ganhando espaço seja nas instituições públicas e privadas de

saúde. Logo, ter o olhar do profissional bacharel em saúde coletiva nesse cenário poderia ser um diferencial para a construção e consolidação dessa temática nas instituições de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L.L. Governança regional das redes de atenção à saúde: a governança na região de saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Ano VI, número 21, outubro, novembro e dezembro de 2016. Brasília, 2016

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA (ABNT). ABNT NBR ISO/IEC 38500:2009 – **Governança corporativa de tecnologia da informação**. 2009. Disponível em: < <http://www.abntcatalogo.com.br/curs.aspx?ID=60>>. Acesso em: 7 de maio de 2019.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único De Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**. Relatório Nº. 36601-BR. Washington, D.C: 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

BARRET, P. *Achieving Better Practice Corporate Governance in the Public Sector*. AM Auditor General for Australia. Austrália, 2005 Disponível em: https://www.anao.gov.au/sites/default/files/Barrett_achieving_better_practice_corporate_governance_in_the_public_sector_2002.pdf?acsf_files_redirect. Acesso em: 02 nov. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 99/2017 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Gestão é Mais Saúde**- Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_gestao_mais-saude-governanca.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 19-23.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cargos de confiança no presidencialismo de coalizão brasileiro. In: Felix Garcia Lopez (Org.). *Introdução*. Brasília: IPEA, 2015. p.11-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes do federalismo no SUS. In: _____(Org.). *Manual de planejamento no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2016. p. 40-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública** / Tribunal de Contas da União. Versão 2 - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona – Brasília, 2018a. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde**: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018b.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. Plano de governo do Distrito Federal 2019-2022: Ibaneis Rocha, candidato a governador nas eleições de 2018. Brasília, 2018. Disponível em: http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/DF/2022802018/70000614515//proposta_1534363615503.pdf. Acesso em: 20 de nov. de 2019

COSTA, Valeriano. Federalismo. em: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (orgs.). **Sistema Político Brasileiro**: uma introdução. 3ª edição. São Paulo: UNESP, 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações / Idalberto Chiavenato - 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CRUZ, A.; ROSA, T. Governança Regional da Redes de Atenção à Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Ano VI, número 21, outubro, novembro e dezembro de 2016. Brasília, 2016.

DE FARIA, Carlos Aurelio Pimenta. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS) para as Diretorias Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2010; 30 abr.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017a. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2017; 15 fev.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017b. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal 2017; 15 fev.

DISTRITO FEDERAL. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018a. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Diário Oficial do Distrito Federal 2018; 07 abr.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018b. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 2018; 11 abr.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 39.736, de 28 de março de 2019a. Dispõe sobre a Política de Governança Pública e *Compliance* no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 2019; 29 mar.

DISTRITO FEDERAL. Casa Civil do Distrito Federal. Publicado decreto de implementação da política de governança e *compliance*. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.casacivil.df.gov.br/gdf-publica-decreto-de-implantacao-da-politica-de-governanca-e-compliance/>. Acessado em: 18 de outubro de 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 459, de 19 de junho de 2019. Substitui a Portaria Nº 352, de 15 de maio de 2019, que instituiu o Comitê Interno de Governança Pública da Secretaria de Estado da Saúde -CIG/SES, para garantir o desenvolvimento e a apropriação das melhores práticas de governança de forma contínua e progressiva, nos termos estabelecidos pelo Conselho de Governança Pública - CGov. Diário Oficial do Distrito Federal 2019; 25 jun.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes sociais e governança em saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 10. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21112018>.

GIOVANELLA, Lúgia. **Atenção Primária à Saúde:** seletiva ou coordenadora dos cuidados? / Lúgia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.p. 7-44.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. **O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018):** revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc.*

saúde coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 6, p. 1997-2008. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Códigos das melhores práticas de governança corporativa**. Brasília, 2004.

IFAC. *International Federation of Accountants. Good governance in the public sector: consultation draft for an international framework*, 2013. Disponível em: <https://www.ifac.org/publications-resources/international-framework-good-governance-public-sector>. Acesso em: 1 mai. 2019.

LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz. Política e burocracia no presidencialismo brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MARTINS, C. C., & WACLAWOVSKY, A. J. (2015). Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, 4(1): 100-109.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos. In: _____. (Org.). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61-84.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. In: _____. (Org.). *O processo de construção social da APS*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. p. 71-77.

MONKS, R. A. G; MINOW, N. 3ªEd. *Corporate governance*. Oxford: BlackWell, 2004.

SERAFIM, Elisio; ALLEDI, Cid; QUELHAS, Osvaldo Luiz Gonçalves. **Histórico e fundamentos da governança corporativa**: contribuições para a sustentabilidade da organização. VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro, 2010.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: _____. (Org.). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. p. 19-42.

TAJRA, Sanmyra Feitosa. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para excelência / Sanmyra Feitosa Tajra; colaboradora: Samanta Antunes dos Santos. – 3ª ed. – São Paulo: látria, 2009.

TASCA, Renato et al. **Laboratórios de inovação em saúde**: por uma atenção primária à saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 6, p. 2021-2030. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019>.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online].

2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

WORLD BANK. *The International Bank for Reconstruction and Development. Worldwide Governance Indicators (WGI)*, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health systems. Governance [online]. - 2012. Disponível em:- <<http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>>. Acesso em 13 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Governance for health in the 21st century [online]. Paris: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Este questionário é uma adaptação do instrumento aplicado no “Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde”, de autoria do Tribunal de Contas da União (Acórdãos 1130/2017 – TCU e 1840/2017 – TCU), nos anos de 2015 e 2016.

O questionário encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira relacionada as ações de governança organizacional na Atenção Primária à Saúde (APS); a segunda direcionada para as ações de gestão pública na APS; e a terceira, e última parte, perguntas abertas sobre o entendimento acerca da governança e gestão em saúde.

| COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| () Coordenador(a) | () Diretor(a) () Gerente |
| () Assessor(a) | REGIÃO DE SAÚDE |
| () Diretor(a) | () Central () Centro Sul () Sudoeste |
| () Gerente | () Leste () Oeste () Norte () Sul |

| PARTE 1 | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| GOVERNANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | | | | | |
| A primeira parte do questionário, relacionada as ações de governança organizacional da APS desenvolvidas na COAPS e nas DIRAPS's, está subdividida em 3 mecanismos de governança. | | | | | | |
| LIDERANÇA | | | | | | |
| 1.1. | Estão descritos os <i>perfis profissionais</i> que o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS devem possuir | Concordo plenamente ○ | Concordo parcialmente ○ | Não concordo nem discordo ○ | Discordo parcialmente ○ | Discordo plenamente e ○ |
| 1.2. | Estão definidos os critérios de seleção do coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS | Concordo plenamente ○ | Concordo parcialmente ○ | Não concordo nem discordo ○ | Discordo parcialmente ○ | Discordo plenamente e ○ |
| 1.3. | O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS são selecionados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos | Concordo plenamente ○ | Concordo parcialmente ○ | Não concordo nem discordo ○ | Discordo parcialmente ○ | Discordo plenamente e ○ |
| 1.4. | Estão descritas as necessidades de capacitação do coordenador, assessor, diretor, | Concordo plenamente ○ | Concordo parcialmente ○ | Não concordo nem discordo ○ | Discordo parcialmente ○ | Discordo plenamente e ○ |

| | | | | | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | gerente e gestores da APS | | | | | |
| 1.5. | O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS são capacitados considerando as necessidades descritas | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.6. | O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS estão submetidos a um <i>código de ética e de conduta</i> | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.7. | Existe avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da APS por parte da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.8. | Estão definidas as atribuições e responsabilidades da COAPS e ou das DIRAPS's e incluem a formulação e a proposição de estratégias e o controle da execução das ações, serviços e política da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.9. | Estão devidamente nomeados e designados o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.10. | Estão disponíveis os recursos necessários ao pleno funcionamento da COAPS e das DIRAPS's (por exemplo, orçamento, pessoal, instalações) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.11. | Está definida a estrutura interna de governança da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.12. | Existe divisão de tarefas de acordo com as funções na COAPS e ou nas DIRAPS's para as tomadas de decisões críticas na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |

| ESTRATÉGIA | | | | | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1.13. | Estão estabelecidas a Estratégia da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.14. | Estão estabelecidos o <i>modelo de gestão estratégica</i> na COAPS e ou nas DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.15. | Está estabelecido, existe divulgação e assegurado a efetividade de <i>canais de comunicação</i> da COAPS e ou das DIRAPS's com diferentes <i>partes interessadas</i> | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.16 | Está elaborada a <i>Programação Anual de Saúde</i> (PAS,) com a Atenção Primária à Saúde contemplada | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.17. | Existe monitoramento e avaliação a execução estratégica da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.18. | Estão identificados e mapeados na COAPS e ou nas DIRAPS's os principais processos de trabalho na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.19. | São consideradas as diretrizes do Conselho de Saúde do DF para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.20. | Estão estabelecidas as diretrizes da APS como estratégia prioritária a fim de que essa seja a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes de atenção à saúde | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.21. | Existe monitoramento da satisfação do usuário atendido, por exemplo, por meio de pesquisas de satisfação, | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| | monitoramento das queixas/elogios realizados na ouvidoria, e caixinhas de sugestão das UBS's | | | | | |
| 1.22. | São utilizados <i>protocolos clínicos</i> , <i>carteira de serviços</i> nos atendimentos realizados na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| 1.23. | São utilizados protocolos para qualificação dos encaminhamentos à média e/ou alta complexidades, aumentando, na via indireta, a resolutividade na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| 1.24. | Existe avaliação permanente das <i>barreiras ao acesso</i> <i>dos usuários</i> para a APS, utilizando estratégias para otimizar o agendamento de consultas e procedimentos. | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| 1.25. | São conhecidas pela COAPS e ou pelas DIRAPS's as necessidades de saúde e as possibilidades para integração regional | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| 1.26. | Está descrita a proposta de responsabilidades da COAPS e ou das DIRAPS's nas regiões de saúde e nas redes de atenção à saúde | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| 1.27. | Estão disponíveis informações sobre a necessidade de financiamento para assumir as responsabilidades propostas a COAPS e ou as DIRAPS's, com memórias de cálculo e suas evidências | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |
| CONTROLE | | | | | | |
| 1.28. | É realizado <i>gestão de riscos</i> pela COAPS e ou pelas DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenament e <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | | | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 1.29. | Está estabelecido o <i>modelo de gestão de riscos</i> na COAPS e ou nas DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.30. | Está disponível o <i>resultado do monitoramento</i> da gestão da APS pela COAPS e ou pela DIRAPS's (por exemplo, relatório contendo os indicadores e as metas previstas e alcançadas) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.31. | Está implantado o <i>componente da autoria interna do SUS</i> na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.32. | Está definido e é acessível às <i>partes interessadas</i> o catálogo de informações às quais a COAPS e ou as DIRAPS's se comprometem a dar <i>transparência ativa</i> | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.33. | É avaliada e monitorada a satisfação das partes interessadas com as informações que lhe são fornecidas | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.34. | Existe prestação de contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde (por exemplo <i>Relatório Anual de Gestão (RAG)</i> e <i>Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores (RDQA)</i> estão publicados no <i>SargSUS</i>) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |
| 1.35. | É avaliada e monitorada a satisfação das partes interessadas como conteúdo e a qualidade da prestação de contas | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente e <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1.36. | São apurados na COAPS e ou nas DIRAPS's, <i>de ofício</i> , indícios de irregularidades, promovendo a responsabilidade em caso de comprovação | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|

PARTE 2

GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A segunda parte do questionário, direcionada para as ações da gestão pública na APS da COAPS e das DIRAPS's, encontra-se subdividido em 11 eixos organizativos da APS.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

| | | | | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2.1. | Estão estabelecidos na COAPS e ou nas DIRAPS's os papéis e responsabilidades da estrutura da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.2. | Estão devidamente designados e nomeados os gestores da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.3. | Estão disponíveis na COAPS e ou nas DIRAPS's os recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.4. | Está disponível na COAPS e ou nas DIRAPS's a infraestrutura necessária para executar as atividades da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO

| | | | | | | |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2.5. | É realizado de forma sistematizada na COAPS e ou nas DIRAPS's o levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção primária à saúde (por exemplo, o estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; o estudo da situação demográfica e | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | socioeconômica da população adscrita; pesquisas de demanda reprimida; conferências de saúde; e reuniões com partes interessadas). | | | | | |
| 2.6. | São utilizadas pela COAPS e ou pelas DIRAPS's para programar os serviços de saúde a serem prestados na APS, na média e na alta complexidades, as necessidades de saúde identificadas na própria APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| DEFINIÇÃO DE TERRITÓRIOS, ESTRATIFICAÇÃO DOS RISCOS E DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS | | | | | | |
| 2.7. | Estão claramente definidos e estabelecidos os territórios sob responsabilidade de cada região de saúde da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.8. | Estão estabelecidos os mecanismos para vincular os profissionais de saúde aos usuários que devem acompanhar | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.9. | Estão estabelecidos os mecanismos com vistas a sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua responsabilidade em relação aos usuários que devem acompanhar (por exemplo, capacitação permanente, palestras planejadas, com a finalidade de esclarecer as responsabilidades dos profissionais) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.10 | Estão estabelecidos os mecanismos de estratificação da população em subpopulações, de acordo com o grau de risco a que estão submetidas (por exemplo, grupos de maior risco como hipertensos diabéticos e | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | portadores de outros agravos relevantes) | | | | | |
| VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS REGIÕES DE SAÚDE | | | | | | |
| 2.11. | São executadas as estratégias para vincular a população às regiões de saúde (por exemplo: ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial, serviços de referência no território, humanização do atendimento) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.12. | Estão estabelecidos e em plena utilização os mecanismos para que a <i>humanização do atendimento</i> na APS seja efetivada (por exemplo, capacitação permanente dos profissionais da APS em humanização do atendimento) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.13. | É realizado o monitoramento dos pacientes atendidos em unidade diversa da sua unidade de referência | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.14. | As ações corretivas da COAPS e ou das DIRAPS's são tomadas em decorrência do monitoramento dos atendimentos que não obedecem à vinculação territorial das regiões de saúde | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| ESTABELECIMENTO DE MECANISMOS DE ACESSIBILIDADE | | | | | | |
| 2.15. | São implementadas nas regiões de saúde as medidas que visam facilitar o acesso de pacientes (por exemplo, demanda espontânea) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.16. | Estão implementadas nas regiões de saúde as estratégias de acolhimento com classificação de risco | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.17. | Estão estabelecidos onde necessários nas regiões de saúde os meios de apoio logístico, como de transporte sanitário | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| ESTABELICIMENTO DE EQUIPES DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINARES | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 2.18. | As equipes de APS são formadas por <i>profissionais multidisciplinares</i> , em quantidade e com a qualificação adequada para as suas atribuições | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.19. | É monitorada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a formação das equipes de APS para verificar se estão sempre completas | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SUA RESPONSABILIDADE | | | | | | |
| 2.20. | São executadas as ações e serviços de APS de responsabilidade da COAPS e ou das DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.21. | É avaliada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a satisfação do usuário com as ações e serviços da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| ESTABELECIMENTO DE MECANISMOS PARA CONTINUIDADE NO ATENDIMENTO CLÍNICO (CONSIDERANDO O TRATAMENTO NA PRÓPRIA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE) | | | | | | |
| 2.22 | Estão estabelecidos nas regiões de saúde os mecanismos para que os agentes comunitários de saúde tenham conhecimento de cada usuário sob seu cuidado (por exemplo: organização/distribuição das famílias que ficarão sob o cuidado de um determinado agente comunitário de saúde, na área adstrita pela equipe de APS, incluindo a relação contendo as informações sobre cada pessoa que compõe essas famílias) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.23. | Estão estabelecidos os mecanismos que permitam aos profissionais da APS conhecerem o histórico de saúde de cada | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | usuário (por exemplo, existência de prontuários clínicos efetivos) | | | | | |
| 2.24. | Estão estabelecidos os mecanismos que visem à realização da busca ativa de usuários para tratamento na APS (por exemplo, controle de usuários em condições crônicas de saúde que demandam acompanhamento; definição de pessoal e gestão da atividade dos profissionais que realizarão a busca ativa) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| ESTABELECIMENTO DE MECANISMOS QUE AUMENTEM A RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | | | | | |
| 2.25. | Estão definidos os <i>protocolos clínicos</i> para o atendimento na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.26. | É monitorada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a utilização de protocolos clínicos para o atendimento na APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.27. | Estão estabelecidos os mecanismos com vistas a sensibilizar a população de que APS é a porta de entrada preferencial do SUS (por exemplo, realização de reuniões periódicas com a comunidade, informações na página da Secretaria de Saúde do DF na internet) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.28. | Estão estabelecidas as ferramentas que auxiliem no diagnóstico de usuários no âmbito da APS, com vistas a aumentar a resolutividade da própria APS (por exemplo, utilização do Telessaúde e/ou de ferramentas similares) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.29. | São executados os mecanismos para a promoção da saúde por | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | meio de ações preventivas (por exemplo, ações do programa academia da saúde e práticas integrativas e complementares em saúde) | | | nem concordo <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| ENCAMINHAMENTO PARA O CUIDADO NA MÉDIA E/OU ALTA COMPLEXIDADES, DE FORMA ORDENADA, BUSCANDO A CONTRARREFERÊNCIA | | | | | | |
| 2.30. | Estão acessíveis aos profissionais da APS os fluxos de referência (média e/ou alta complexidade) para onde serão encaminhados os usuários | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.31. | Estão estabelecidos os mecanismos para que as equipes de APS tomem conhecimento da situação clínica de cada usuário que foi encaminhado para a média e/ou alta complexidades (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada, busca de informação por mensagem eletrônica) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.32. | Estão estabelecidos os mecanismos que permitem que os profissionais da APS se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o <i>contrarreferenciamento</i> de usuários, (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação) | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| MONITORAMENTO DA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (AUTOMONITORAMENTO) | | | | | | |
| 2.33. | Estão estabelecidos os <i>indicadores</i> da gestão da APS na COAPS e ou nas DIRAPS's que serão monitorados | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |
| 2.34. | São mensurados os indicadores da gestão da APS na COAPS e ou nas DIRAPS's | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| | | | | <input type="radio"/> | | |
| 2.35. | São utilizados para tomada de decisão pelos gestores da COAPS e ou das DIRAPS's os resultados da avaliação dos indicadores da gestão da APS | Concordo plenamente <input type="radio"/> | Concordo parcialmente <input type="radio"/> | Não concordo nem discordo <input type="radio"/> | Discordo parcialmente <input type="radio"/> | Discordo plenamente <input type="radio"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p align="center">PARTE 3</p> <p align="center">GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</p> <p align="center">A terceira, e última parte, do questionário é composta por perguntas abertas sobre o seu entendimento acerca da Governança e da Gestão em Saúde</p> | |
| <p align="center">3.1. O QUE VOCÊ ENTENDE POR GOVERNANÇA EM SAÚDE?</p> | |
| | |
| <p align="center">3.2. COMO VOCÊ DEFINE GESTÃO EM SAÚDE?</p> | |
| | |
| <p align="center">3.3. NA SUA OPINIÃO, QUAL A IMPORTÂNCIA DA GOVERNANÇA PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?</p> | |
| | |
| <p align="center">3.4. FAÇA SUAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA</p> | |
| | |

APÊNDICE B – GLOSSÁRIO

Este glossário é uma adaptação do glossário usado no “Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde”, de autoria do Tribunal de Contas da União (Acórdãos 1130/2017 – TCU e 1840/2017 – TCU), nos anos de 2015 e 2016.

BARREIRAS AO ACESSO DOS USUÁRIOS

São condições que dificultam o acesso dos potenciais usuários aos serviços de saúde, por exemplo, quantidade dos serviços oferecidos incompatível com a população coberta, oferta de poucos tipos de serviço, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais (MENDES, 2016).

CANAL DE COMUNICAÇÃO

Instrumento disponível ao usuário do sistema de saúde para registrar sugestões, críticas, denúncias, elogios etc. (por exemplo, ouvidoria, fale conosco – telefone comum, 0800, e-mail e/ou outro sistema de recebimento de mensagens eletrônicas- caixa de sugestões e atendimento presencial).

CARTEIRA DE SERVIÇOS APS

É produto de discussões e pactuações entre os profissionais das subsecretarias e dos profissionais das regiões de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Considerou-se o atendimento profissional pautado na integralidade do cuidado, nos ciclos de vida e eixos transversais. Tem como objetivo promover uma uniformidade conceitual e perceptibilidade das ações e serviços que deverão ser disponibilizados aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2016).

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA

Documento que define, basicamente, regras de conduta, deveres, impedimentos e formas de punição dos desvios dos integrantes de uma organização (Relatório que fundamentou o Acórdão 1273/2015-TCU-Plenário).

COMPONENTE DA AUDITORIA INTERNA DO SUS

Refere-se às partes estaduais e municipais integrantes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS.

CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES

Ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).

DE OFÍCIO

Refere-se ao ato determinado por autoridade administrativa, em virtude do cargo ou função que ocupa, o qual deve ser cumprido independentemente de iniciativa ou pedido da parte interessada (Glossário Jurídico do Supremo Tribunal Federal- STF).

EQUIPES MULTIDISCIPLINARES (PROFISSIONAIS MULTIDISCIPLINARES)

Composição de grupos de trabalho, integrados por diferentes profissões de saúde. Sua dinâmica de atuação implica compartilhamento e potencialização de ações e de compromissos junto aos usuários do sistema de saúde. A organização das equipes multiprofissionais deve levar em conta as realidades locais em que atuarão e a disponibilização, de maneira matricial (transdisciplinar), dos saberes e práticas organizados em profissões da saúde (Tesauro do Ministério da Saúde).

GESTÃO DE RISCOS

Identificação de eventos relevantes que podem impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos associados à implantação do Plano de Saúde e da programação anual de saúde e adoção de medidas com vistas a diminuir a chance de ocorrência desses eventos ou de seus efeitos.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

É a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade com o estabelecimento de vínculo entre as equipes de saúde e a população. Consiste no atendimento das pessoas que buscam um determinado serviço de saúde, com a decisão de acolher, escutar e dar resposta positiva na solução dos seus problemas de saúde. Implica o compromisso de todos os atores envolvidos no sistema: gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e dos próprios usuários. Essencialmente, a humanização do atendimento expressa-se por relações estabelecidas sob parâmetros humanitários, de solidariedade e responsabilidade, que terminam por produzir satisfação pela qualidade dos serviços realizados (Tesauro do Ministério da Saúde).

INDICADOR

Número, percentagem ou razão que mede um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com as metas preestabelecidas (BRASIL, 2010). Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção (BRASIL, 2016).

MODELO DE GESTÃO DE RISCOS

Conjunto em atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere ao risco (ISSO 31000,2009). Gestão de riscos refere-se à arquitetura (princípios, estrutura e processo) para gerenciar riscos eficazmente; refere-se à aplicação dessa arquitetura para riscos específicos (ISSO 31000,2009)

MODELO DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Consiste na utilização criteriosa de meios (recursos, pessoas, processos, práticas) para alcançar um fim identificado. É um meio ou instrumento pelo qual o órgão de administração consegue alcançar um resultado ou objetivo. Conjunto de decisões que determinam o desempenho da organização ou setor no curto, médio, longo prazo.

PARTES INTERESSADAS

Todos os que possuem interesses nas atividades da secretaria de saúde. Por exemplo, cidadãos em geral, profissionais de saúde, prestadores de serviço, estabelecimentos de saúde, órgãos de controle e mídia.

PERFIL PROFISSIONAL

Diz respeito às competências necessárias ao exercício do cargo. A competência é a mobilização de **conhecimentos, habilidades e atitudes** do agente, no contexto de trabalho, para, individualmente ou em equipe, alcançar os resultados esperados pela organização (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

Conhecimentos – São informações assimiladas pelo indivíduo, que lhe permitem identificar o que fazer, e por que fazer, numa determinada situação ou contexto. São adquiridos ao longo da vida, não apenas por meio da educação escolar ou treinamentos formais, mas também por meio de leitura, outras estratégias informais ou mesmo a partir da experiência (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

Habilidades – Decorrem da capacidade do indivíduo de aplicar o conhecimento no sentido de saber como fazer algo para lidar com determinada situação ou contexto. Implicam realizar uma tarefa física (motora ou manipulativa) ou intelectual (processos ou operações mentais) (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

Atitudes – Envolvem ações do indivíduo, que refletem sua predisposição ou motivação a querer fazer algo para lidar com determinada situação ou contexto. Decorrem de sentimentos, crenças e valores de aceitação ou rejeição em relação a pessoas, objetos ou situações (BRASIL, 2013 apud BRASIL, 2014).

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A elaboração e envio da PAS para aprovação do respectivo conselho de saúde deve ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente. Sua execução ocorrerá no ano subsequente (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões. Nos protocolos clínicos são estabelecidos claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos (Tesauro Eletrônico do Ministério da Saúde).

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

Instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV – as recomendações necessárias,

incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. O RAG deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SargSUS (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA)

Instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde (PAS). Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. O RDQA observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (Portaria GM/MS nº 2.135/2013).

RESULTADO DO MONITORAMENTO

Conjunto de documentos, como relatórios, que apresentam o produto do monitoramento realizado pela secretaria de saúde com relação aos temas mencionados, que, conforme o caso, possuem o fim de apresentar a comparação das metas previstas no planejamento com o que realmente foi alcançado, mediante a utilização de indicadores*; e comunicar fatos relevantes identificados, frutos do monitoramento realizado. Esses documentos possibilitam ao conselho de saúde adotar as medidas corretivas necessárias junto à gestão ou junto a instituições de controle, caso necessário. (*) Muitas informações nesse sentido já devem constar do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

SargSUS

Ferramenta eletrônica que apoia os gestores na elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), bem como na posterior disponibilização aos conselhos de saúde (Ministério da Saúde).

TRANSPARÊNCIA ATIVA

Iniciativa de dar divulgação a informações de interesse geral ou coletivo, ainda que não tenha sido expressamente solicitado.

APÊNDICE C – ANÁLISE DOS RESULTADOS: PARTE 1 – GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continua).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|------|
| 1.1. Estão descritos os perfis profissionais que o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS devem possuir. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 2 | 6 | 8 | 30% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 2 | 4 | 15% |
| Discordo parcialmente | 0 | 5 | 5 | 19% |
| Discordo plenamente | 4 | 4 | 8 | 30% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.2. Estão definidos os critérios de seleção do coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 0 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 0 | 5 | 5 | 19% |
| Discordo plenamente | 4 | 11 | 15 | 56% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.3. O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS são selecionados levando em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 3 | 1 | 4 | 15% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 2 | 4 | 15% |
| Discordo parcialmente | 0 | 10 | 10 | 37% |
| Discordo plenamente | 3 | 4 | 7 | 26% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.4. Estão descritas as necessidades de capacitação do coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 2 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 2 | 2 | 4 | 15% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 4 | 7 | 11 | 41% |
| Discordo plenamente | 1 | 7 | 8 | 30% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.5. O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS são capacitados considerando as necessidades descritas. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 4 | 4 | 8 | 30% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 2 | 3 | 11% |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Discordo parcialmente | 2 | 5 | 7 | 26% |
| Discordo plenamente | 1 | 5 | 6 | 22% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.6. O coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS estão submetidos a um código de ética e de conduta. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 7 | 10 | 37% |
| Concordo parcialmente | 4 | 6 | 10 | 37% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 4 | 4 | 15% |
| Discordo parcialmente | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 1.7. Existe avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da APS por parte da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Concordo parcialmente | 5 | 9 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Discordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.8. Estão definidas as atribuições e responsabilidades da COAPS e ou das DIRAPS's e incluem a formulação e a proposição de estratégias e o controle da execução das ações, serviços e política da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 10 | 14 | 50% |
| Concordo parcialmente | 4 | 9 | 13 | 46% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.9. Estão devidamente nomeados e designados o coordenador, assessor, diretor, gerente e gestores da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 7 | 13 | 20 | 71% |
| Concordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.10. Estão disponíveis os recursos necessários ao pleno funcionamento da COAPS e das DIRAPS's (por exemplo, orçamento, pessoal, instalações). | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 3 | 6 | 9 | 32% |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Discordo plenamente | 2 | 9 | 11 | 39% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.11. Está definida a estrutura interna de governança da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 8 | 9 | 32% |
| Concordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Discordo plenamente | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 8 | 28 | 100% |
| 1.12. Existe divisão de tarefas de acordo com as funções na COAPS e ou nas DIRAPS's para as tomadas de decisões críticas na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 8 | 9 | 32% |
| Concordo parcialmente | 3 | 6 | 9 | 32% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Discordo plenamente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.13. Estão estabelecidas a Estratégia da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 4 | 4 | 14% |
| Concordo parcialmente | 4 | 7 | 11 | 39% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 4 | 6 | 10 | 36% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.14. Estão estabelecidos o modelo de gestão estratégica na COAPS e ou nas DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 5 | 5 | 18% |
| Concordo parcialmente | 4 | 4 | 8 | 29% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Discordo plenamente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.15. Está estabelecido, existe divulgação e assegurado a efetividade de canais de comunicação da COAPS e ou das DIRAPS's com diferentes partes interessadas. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Concordo parcialmente | 5 | 3 | 8 | 29% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 11 | 12 | 43% |
| Discordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| 1.16. Está elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS,) com a Atenção Primária à Saúde contemplada. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 9 | 12 | 43% |
| Concordo parcialmente | 4 | 6 | 10 | 36% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 2 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.17. Existe monitoramento e avaliação a execução estratégica da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Concordo parcialmente | 3 | 5 | 8 | 29% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Discordo plenamente | 1 | 2 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.18. Estão identificados e mapeados na COAPS e ou nas DIRAPS's os principais processos de trabalho na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Concordo parcialmente | 4 | 5 | 9 | 32% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 1 | 11 | 12 | 43% |
| Discordo plenamente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.19. São consideradas as diretrizes do Conselho de Saúde do DF para o Plano de Saúde, inclusive quanto à priorização. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 11 | 13 | 46% |
| Concordo parcialmente | 5 | 2 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 5 | 6 | 21% |
| Discordo parcialmente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.20. Estão estabelecidas as diretrizes da APS como estratégia prioritária a fim de que essa seja a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes de atenção à saúde. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 8 | 11 | 39% |
| Concordo parcialmente | 5 | 8 | 13 | 46% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 4 | 4 | 14% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| 1.21. Existe monitoramento da satisfação do usuário atendido, por exemplo, por meio de pesquisas de satisfação, monitoramento das queixas/elogios realizados na ouvidoria, e caixinhas de sugestão das UBS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Concordo parcialmente | 4 | 5 | 9 | 32% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 0 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 8 | 9 | 32% |
| Discordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.22. São utilizados protocolos clínicos, carteira de serviços nos atendimentos realizados na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 9 | 13 | 46% |
| Concordo parcialmente | 4 | 10 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.23. São utilizados protocolos para qualificação dos encaminhamentos à média e/ou alta complexidades, aumentando, na via indireta, a resolutividade na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 5 | 9 | 32% |
| Concordo parcialmente | 4 | 13 | 17 | 61% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.24. Existe avaliação permanente das barreiras ao acesso dos usuários para a APS, utilizando estratégias para otimizar o agendamento de consultas e procedimentos. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 5 | 5 | 10 | 36% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 3 | 8 | 11 | 39% |
| Discordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.25. São conhecidas pela COAPS e ou pelas DIRAPS's as necessidades de saúde e as possibilidades para integração regional. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Concordo parcialmente | 5 | 8 | 13 | 46% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| 1.26. Está descrita a proposta de responsabilidades da COAPS e ou das DIRAPS's nas regiões de saúde e nas redes de atenção à saúde. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Concordo parcialmente | 5 | 9 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.27. Estão disponíveis informações sobre a necessidade de financiamento para assumir as responsabilidades propostas a COAPS e ou as DIRAPS's, com memórias de cálculo e suas evidências. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 0 | 4 | 4 | 14% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 4 | 4 | 8 | 29% |
| Discordo plenamente | 2 | 8 | 10 | 36% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.28. É realizado gestão de riscos pela COAPS e ou pelas DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 0 | 6 | 6 | 21% |
| Discordo plenamente | 5 | 7 | 12 | 43% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.29. Está estabelecido o modelo de gestão de riscos na COAPS e ou nas DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Concordo parcialmente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Discordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 5 | 6 | 11 | 39% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.30. Está disponível o resultado do monitoramento da gestão da APS pela COAPS e ou pela DIRAPS's (por exemplo, relatório contendo os indicadores e as metas previstas e alcançadas). | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 7 | 10 | 36% |
| Concordo parcialmente | 5 | 9 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.31. Está implantado o componente da auditoria interna do SUS na APS. | | | | |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Concordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Concordo parcialmente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Não concordo nem discordo | 3 | 5 | 8 | 29% |
| Discordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 3 | 6 | 9 | 32% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.32. Está definido e é acessível às partes interessadas o catálogo de informações às quais a COAPS e ou as DIRAPS's se comprometem a dar transparência ativa | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Concordo parcialmente | 4 | 3 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Discordo parcialmente | 0 | 4 | 4 | 14% |
| Discordo plenamente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.33. É avaliada e monitorada a satisfação das partes interessadas com as informações que lhe são fornecidas. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Concordo parcialmente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Não concordo nem discordo | 3 | 4 | 7 | 25% |
| Discordo parcialmente | 2 | 8 | 10 | 36% |
| Discordo plenamente | 2 | 7 | 9 | 32% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.34. Existe prestação de contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde (por exemplo Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores (RDQA) estão publicados no SargSUS). | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 7 | 11 | 39% |
| Concordo parcialmente | 3 | 5 | 8 | 29% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 8 | 8 | 29% |
| Discordo parcialmente | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.35. É avaliada e monitorada a satisfação das partes interessadas como conteúdo e a qualidade da prestação de contas. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Concordo parcialmente | 3 | 4 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 9 | 11 | 39% |
| Discordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 1.36. São apurados na COAPS e ou nas DIRAPS's, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilidade em caso de comprovação. | | | | |

Tabela 2 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da governança organizacional da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (conclusão).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|---------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Concordo plenamente | 4 | 4 | 8 | 29% |
| Concordo parcialmente | 4 | 10 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Gestão tática (GT), Gestão operacional (GO).

APÊNDICE D – ANÁLISE DOS RESULTADOS: PARTE 2 – GESTÃO PÚBLICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continua).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|------|
| 2.1. Estão estabelecidos na COAPS e ou nas DIRAPS's os papéis e responsabilidades da estrutura da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 9 | 12 | 43% |
| Concordo parcialmente | 4 | 11 | 15 | 54% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo plenamente | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.2. Estão devidamente designados e nomeados os gestores da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 6 | 14 | 20 | 71% |
| Concordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.3. Estão disponíveis na COAPS e ou nas DIRAPS's os recursos humanos, em quantidade e com a qualificação adequadas, para executar as atividades da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 3 | 3 | 6 | 22% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 3 | 4 | 7 | 26% |
| Discordo plenamente | 1 | 11 | 12 | 44% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 2.4. Está disponível na COAPS e ou nas DIRAPS's a infraestrutura necessária para executar as atividades da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 1 | 2 | 3 | 11% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 0 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 4 | 8 | 12 | 43% |
| Discordo plenamente | 1 | 9 | 10 | 36% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.5. É realizado de forma sistematizada na COAPS e ou nas DIRAPS's o levantamento das necessidades de saúde a partir da atenção primária à saúde (por exemplo, o estudo do perfil epidemiológico constante de dados dos sistemas informatizados; o estudo da situação demográfica e socioeconômica da população adscrita; pesquisas de demanda reprimida; conferências de saúde; e reuniões com partes interessadas). | | | | |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Concordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 5 | 10 | 15 | 54% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 3 | 5 | 8 | 29% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.6. São utilizadas pela COAPS e ou pelas DIRAPS's para programar os serviços de saúde a serem prestados na APS, na média e na alta complexidades, as necessidades de saúde identificadas na própria APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 5 | 7 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 5 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 3 | 6 | 9 | 32% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.7. Estão claramente definidos e estabelecidos os territórios sob responsabilidade de cada região de saúde da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 8 | 11 | 39% |
| Concordo parcialmente | 4 | 9 | 13 | 46% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.8. Estão estabelecidos os mecanismos para vincular os profissionais de saúde aos usuários que devem acompanhar. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Concordo parcialmente | 5 | 12 | 17 | 61% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.9. Estão estabelecidos os mecanismos com vistas a sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua responsabilidade em relação aos usuários que devem acompanhar (por exemplo, capacitação permanente, palestras planejadas, com a finalidade de esclarecer as responsabilidades dos profissionais). | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 4 | 5 | 18% |
| Concordo parcialmente | 6 | 6 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| 2.10. Estão estabelecidos os mecanismos de estratificação da população em subpopulações, de acordo com o grau de risco a que estão submetidas (por exemplo, grupos de maior risco como hipertensos diabéticos e portadores de outros agravos relevantes). | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 5 | 5 | 18% |
| Concordo parcialmente | 3 | 6 | 9 | 32% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Discordo parcialmente | 3 | 4 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.11. São executadas as estratégias para vincular a população às regiões de saúde (por exemplo: ações para orientar a população sobre sua vinculação territorial, serviços de referência no território, humanização do atendimento). | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 6 | 9 | 15 | 54% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.12. Estão estabelecidos e em plena utilização os mecanismos para que a humanização do atendimento na APS seja efetivada (por exemplo, capacitação permanente dos profissionais da APS em humanização do atendimento). | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 5 | 10 | 15 | 54% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.13. É realizado o monitoramento dos pacientes atendidos em unidade diversa da sua unidade de referência. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 3 | 2 | 5 | 18% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 5 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 2 | 9 | 11 | 39% |
| Discordo plenamente | 3 | 3 | 6 | 21% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.14. As ações corretivas da COAPS e ou das DIRAPS's são tomadas em decorrência do monitoramento dos atendimentos que não obedecem à vinculação territorial das regiões de saúde. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 2 | 4 | 6 | 21% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 3 | 5 | 18% |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Discordo parcialmente | 1 | 10 | 11 | 39% |
| Discordo plenamente | 3 | 2 | 5 | 18% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.15. São implementadas nas regiões de saúde as medidas que visam facilitar o acesso de pacientes (por exemplo, demanda espontânea). | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 9 | 12 | 43% |
| Concordo parcialmente | 5 | 7 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.16. Estão implementadas nas regiões de saúde as estratégias de acolhimento com classificação de risco. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 6 | 10 | 36% |
| Concordo parcialmente | 4 | 8 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.17. Estão estabelecidos onde necessários nas regiões de saúde os meios de apoio logístico, como de transporte sanitário. | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 0 | 6 | 6 | 21% |
| Discordo plenamente | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.18. As equipes de APS são formadas por profissionais multidisciplinares, em quantidade e com a qualificação adequada para as suas atribuições. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 3 | 4 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 2 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 2 | 7 | 9 | 32% |
| Discordo plenamente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.19. É monitorada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a formação das equipes de APS para verificar se estão sempre completas. | | | | |
| Concordo plenamente | 5 | 8 | 13 | 46% |
| Concordo parcialmente | 3 | 7 | 10 | 36% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.20. São executadas as ações e serviços de APS de responsabilidade da COAPS e ou das DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 5 | 8 | 29% |
| Concordo parcialmente | 5 | 11 | 16 | 57% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.21. É avaliada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a satisfação do usuário com as ações e serviços da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 4 | 6 | 10 | 36% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Discordo parcialmente | 1 | 9 | 10 | 36% |
| Discordo plenamente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.22. Estão estabelecidos nas regiões de saúde os mecanismos para que os agentes comunitários de saúde tenham conhecimento de cada usuário sob seu cuidado (por exemplo: organização/distribuição das famílias que ficarão sob o cuidado de um determinado agente comunitário de saúde, na área adstrita pela equipe de APS, incluindo a relação contendo as informações sobre cada pessoa que compõe essas famílias). | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Concordo parcialmente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Não concordo nem discordo | 2 | 2 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.23. Estão estabelecidos os mecanismos que permitam aos profissionais da APS conhecerem o histórico de saúde de cada usuário (por exemplo, existência de prontuários clínicos efetivos). | | | | |
| Concordo plenamente | 5 | 6 | 11 | 39% |
| Concordo parcialmente | 2 | 10 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.24. Estão estabelecidos os mecanismos que visem à realização da busca ativa de usuários para tratamento na APS (por exemplo, controle de usuários em condições crônicas de saúde que demandam acompanhamento; definição de pessoal e gestão da atividade dos profissionais que realizarão a busca ativa). | | | | |
| Concordo plenamente | 2 | 4 | 6 | 21% |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Concordo parcialmente | 4 | 8 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 2 | 5 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.25. Estão definidos os protocolos clínicos para o atendimento na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 11 | 14 | 50% |
| Concordo parcialmente | 5 | 7 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.26. É monitorada pela COAPS e ou pelas DIRAPS's a utilização de protocolos clínicos para o atendimento na APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 3 | 3 | 11% |
| Concordo parcialmente | 6 | 11 | 17 | 61% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Discordo plenamente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.27. Estão estabelecidos os mecanismos com vistas a sensibilizar a população de que APS é a porta de entrada preferencial do SUS (por exemplo, realização de reuniões periódicas com a comunidade, informações na página da Secretaria de Saúde do DF na internet). | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 1 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 4 | 10 | 14 | 50% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 2 | 7 | 9 | 32% |
| Discordo plenamente | 1 | 0 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.28. Estão estabelecidas as ferramentas que auxiliem no diagnóstico de usuários no âmbito da APS, com vistas a aumentar a resolutividade da própria APS (por exemplo, utilização do Telessaúde e/ou de ferramentas similares). | | | | |
| Concordo plenamente | 3 | 3 | 6 | 21% |
| Concordo parcialmente | 5 | 13 | 18 | 64% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 4 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.29. São executados os mecanismos para a promoção da saúde por meio de ações preventivas (por exemplo, ações do programa academia da saúde e práticas integrativas e complementares em saúde). | | | | |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (continuação).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Concordo plenamente | 4 | 5 | 9 | 33% |
| Concordo parcialmente | 3 | 10 | 13 | 48% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 1 | 3 | 4 | 15% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |
| 2.30. Estão acessíveis aos profissionais da APS os fluxos de referência (média e/ou alta complexidade) para onde serão encaminhados os usuários. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Concordo parcialmente | 6 | 6 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 3 | 4 | 14% |
| Discordo parcialmente | 0 | 7 | 7 | 25% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.31. Estão estabelecidos os mecanismos para que as equipes de APS tomem conhecimento da situação clínica de cada usuário que foi encaminhado para a média e/ou alta complexidades (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada, busca de informação por mensagem eletrônica). | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Concordo parcialmente | 3 | 3 | 6 | 21% |
| Não concordo nem discordo | 1 | 2 | 3 | 11% |
| Discordo parcialmente | 3 | 7 | 10 | 36% |
| Discordo plenamente | 1 | 6 | 7 | 25% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.32. Estão estabelecidos os mecanismos que permitem que os profissionais da APS se comuniquem com especialistas da média e da alta complexidade, para que possam solicitar o contrarreferenciamento de usuários, (por exemplo, utilização de ferramenta informatizada para realização da comunicação) | | | | |
| Concordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Concordo parcialmente | 2 | 3 | 5 | 18% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo parcialmente | 4 | 8 | 12 | 43% |
| Discordo plenamente | 2 | 6 | 8 | 29% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.33. Estão estabelecidos os indicadores da gestão da APS na COAPS e ou nas DIRAPS's que serão monitorados. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 11 | 15 | 54% |
| Concordo parcialmente | 4 | 8 | 12 | 43% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 0 | 1 | 1 | 4% |

Tabela 3 – Distribuição da pontuação das respostas sobre o exercício da gestão pública da APS, na COAPS e nas DIRAPS's, Brasília, Distrito Federal, 2019 (conclusão).

| Variáveis | GT | GO | Total | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.34. São mensurados os indicadores da gestão da APS na COAPS e ou nas DIRAPS's. | | | | |
| Concordo plenamente | 4 | 11 | 15 | 54% |
| Concordo parcialmente | 2 | 7 | 9 | 32% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Discordo parcialmente | 2 | 1 | 3 | 11% |
| Discordo plenamente | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Total | 8 | 20 | 28 | 100% |
| 2.35. São utilizados para tomada de decisão pelos gestores da COAPS e ou das DIRAPS's os resultados da avaliação dos indicadores da gestão da APS. | | | | |
| Concordo plenamente | 1 | 5 | 6 | 22% |
| Concordo parcialmente | 7 | 11 | 18 | 67% |
| Não concordo nem discordo | 0 | 1 | 1 | 4% |
| Discordo parcialmente | 0 | 2 | 2 | 7% |
| Discordo plenamente | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Total | 8 | 19 | 27 | 100% |

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Gestão tática (GT), Gestão operacional (GO).

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **O exercício de governança e gestão em saúde na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**, realizado pela professora e pesquisadora Carla Pintas Marques e a assistente de pesquisa Bianka de Souza Moreira.

O nosso objetivo é **analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde e das 7 Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde da Secretária de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2019.**

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de questionários que serão aplicados no setor que o senhor (a) presta serviços na Coordenação de Atenção Primária à Saúde ou nas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

A pesquisa pode apresentar algum tipo de desconforto devido ao tempo disponibilizado para o preenchimento dos questionários, constrangimento ao participante em responder questões sensíveis e a possibilidade de perda do sigilo das informações. Contudo, tais riscos serão minimizados com a otimização do tempo durante a aplicação dos questionários; a garantia de local reservado para a coleta de dados; a confidencialidade, a privacidade e o cuidado com as informações que dizem respeito ao participante; e a liberdade para não responder questões constrangedoras. Os benefícios serão os conhecimentos gerados a partir dos resultados que o estudo irá propiciar, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de trabalho na área da governança e da gestão em saúde, bem como, para a academia e demais pesquisas da área.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo a aplicação dos questionários a serem realizados. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais e vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para a professora Carla Pintas Marques, na instituição Universidade de Brasília (UnB) no telefone (61) 9 9987-0313 no horário de 12h00 às 18h00, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: carlapintas@unb.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à

assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220- 900.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O EXERCÍCIO DE GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18713019.0.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.571.522

Apresentação do Projeto:

"A governança é umas das partes mais importantes no processo de gestão, dado que essa direciona, monitora e avalia as atividades da gestão oferecendo estratégias para que essa última possa atender os interesses da sociedade. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a rede assistencial de saúde, considerou-se pertinente analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na APS em unidades administrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que coordenam e organizam esse nível de atenção. Nesse contexto, a pesquisa tem como objetivo analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde e das 7 Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2019. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho descritivo e exploratório com análise documental. Será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado e adaptado para as ações da APS nessas unidades administrativas, tendo como referência o questionário de autoria do Tribunal de Contas da União (TCU) utilizado no Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde. Após a aplicação do questionário, os dados obtidos serão tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel® e, em seguida, será feita uma análise quantitativa dos mesmos e uma descrição da narrativa/fala dos participantes. Por fim, espera-se que os resultados obtidos possam induzir melhorias nos processos de trabalho e auxiliar os servidores dessas unidades

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT0068
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-6434 E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer 3.571.522

administrativas a identificar possíveis gargalos e boas práticas de governança e gestão desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde."

Dados retirados do Resumo do Projeto

"Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão serão todos os coordenadores, assessores, diretores e gerentes lotados na Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) e nas Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPs), que concordarem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)."

"Critério de Exclusão:

Como critérios de exclusão, serão excluídos dessa pesquisa: os servidores que atuam na COAPS e/ou nas DIRAPs há menos de um mês; os servidores que se sentirem constrangidos e/ou se negarem a participar no momento da aplicação dos questionários; e os servidores que eventualmente não estejam presentes durante o período da coleta de dados por motivos de licença médica ou férias."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: "Analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde e das 7 Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2019."

Objetivos Específicos:

"Verificar se há indícios de governança nas tomadas de decisões da gestão da COAPS e das DIRAPs para que a APS possa desempenhar seu papel como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde;

- Verificar se a gestão pública da COAPS e das DIRAPs se apropriam de todo eixo da governança para alcançar as diretrizes da APS;
- Verificar se as diretrizes da APS podem ser analisadas por meio dos mecanismos da governança organizacional;
- Identificar o entendimento acerca do termo governança pelos gestores da COAPS e das DIRAPs."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT0788
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer 3.571.522

A pesquisa pode apresentar algum tipo de desconforto devido ao tempo disponibilizado para o preenchimento dos questionários, constrangimento ao participante em responder questões sensíveis e a possibilidade de perda do sigilo das informações. Contudo, tais riscos serão minimizados com a otimização do tempo durante a aplicação dos questionários; a garantia de local reservado para a coleta de dados; a confidencialidade, a privacidade e o cuidado com as informações que dizem respeito ao participante; e a liberdade para não responder questões constrangedoras."

"Benefícios:

Os benefícios serão os conhecimentos gerados a partir dos resultados que o estudo irá propiciar, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de trabalho na área da governança e da gestão em saúde, bem como, para a academia e demais pesquisas da área."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de TCC do curso de Saúde Coletiva na FCE/UnB da discente (Assistente de Pesquisa) Blanka de Souza Moreira e sob orientação da Pesquisadora responsável Prof.^a Ms. Carla Pintas Marques.

Número amostral é de 36 participantes, dos quais:

- 7 são Diretores Regionais de Atenção Primária à Saúde
- 1 é Coordenador de Atenção Primária à Saúde
- 3 são Assessores de Atenção Primária à Saúde
- 14 são Gerentes Regionais de Atenção Primária à Saúde
- 3 são Diretores de Atenção Primária à Saúde
- 8 são Gerentes de Atenção Primária à Saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas.

Projeto aprovado.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala ATC0768
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3107-8404 E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.571.532

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1388705.pdf | 10/09/2019 19:59:01 | | Aceito |
| Outros | cartarespostapendencias1.pdf | 10/09/2019 19:48:42 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | termodeanuencialinstitucional.pdf | 10/09/2019 19:47:51 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | termodeconcordanciadeinstitucacoparticipante.pdf | 10/09/2019 19:47:08 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | CartaPintasMarques.pdf | 10/09/2019 19:46:32 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | BiankadeSouzaMoreira.pdf | 10/09/2019 19:46:15 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | termodecompromissodopesquisador.pdf | 10/09/2019 19:45:54 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | cartadeencaminhamentoprojeto.pdf | 10/09/2019 19:44:55 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 10/09/2019 19:43:43 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Cronograma | cronograma.pdf | 10/09/2019 19:43:23 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 09/09/2019 14:49:35 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Outros | cartarespostapendencias3.pdf | 09/09/2019 14:48:33 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhadoCEP3.pdf | 09/09/2019 14:46:29 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Aceito |

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT0088
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.571.523

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------|------------------------|----------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE3.pdf | 09/09/2019 14:45:31 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
|-----------------------------------------------------------|-----------|------------------------|----------------------------|--------|

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 12 de Setembro de 2019

Assinado por:
Danielle Kalser de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala A10058
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O EXERCÍCIO DE GOVERNANÇA E GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18713019.0.3001.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.681.880

Apresentação do Projeto:

PROJETO DE CONCLUSÃO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE SAÚDE COLETIVA DA UNB (CEILÂNDIA)
A governança é umas das partes mais importantes no processo de gestão, dado que essa direciona, monitora e avalia as atividades da gestão oferecendo estratégias para que essa última possa atender os interesses da sociedade. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a rede assistencial de saúde, considerou-se pertinente analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na APS em unidades administrativas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal que coordenam e organizam esse nível de atenção.

Resumidamente, os pesquisadores irão tentar identificar as principais dificuldades que devem ser superadas na área de gestão (no caso, governança) relacionada a APS, para melhores resultados no SUS.

Objetivo da Pesquisa:

"Analisar o exercício de governança organizacional e gestão pública na Atenção Primária à Saúde no âmbito da Coordenação de Atenção Primária à Saúde e das 7 Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2019".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

| | | | |
|-----------|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| Endereço: | SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS | CEP: | 70.710-604 |
| Bairro: | ASA NORTE | | |
| UF: | DF | Município: | BRASILIA |
| Telefone: | (61)2017-2127 | E-mail: | comitedeticos.secretaria@gmail.com |



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.661.880

A pesquisa pode apresentar algum tipo de desconforto devido ao tempo disponibilizado para o preenchimento dos questionários, constrangimento ao participante em responder questões sensíveis e a possibilidade de perda do sigilo das informações. Contudo, tais riscos serão minimizados com a otimização do tempo durante a aplicação dos questionários; a garantia de local reservado para a coleta de dados; a confidencialidade, a privacidade e o cuidado com as informações que dizem respeito ao participante; e a liberdade para não responder questões constrangedoras.

*Benefícios:

Os benefícios serão os conhecimentos gerados a partir dos resultados que o estudo irá propiciar, contribuindo para o desenvolvimento dos processos de trabalho na área da governança e da gestão em saúde, bem como, para a academia e demais pesquisas da área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho descritivo e exploratório com análise documental. Será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado e adaptado para as ações da APS em suas unidades administrativas, tendo como referência o questionário de autoria do Tribunal de Contas da União (TCU) utilizado no Levantamento Nacional de Governança e Gestão em Saúde. Após a aplicação do questionário, os dados obtidos serão tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel® e, em seguida, será feita uma análise quantitativa dos mesmos e uma descrição da narrativa/fala dos participantes.

A população do estudo será não-probabilística do tipo por acessibilidade ou por conveniência do participante. O grupo pesquisado se dará a partir da identificação de coordenadores, assessores, diretores e gerentes lotados na COAPS e todos os 7 diretores regionais de atenção primária à saúde. De acordo com o organograma disponibilizado, em seu site oficial, pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, estima-se um n total amostral de 20 pessoas, compostos por: 2 Coordenadores; 3 Assessores; 3 Diretores; 5 Gerentes e 7 Diretores Regionais de Atenção Primária à Saúde. O recrutamento dos participantes será de forma aleatória, considerando a disponibilidade dos mesmos.

Os critérios de inclusão e exclusão foram bem definidos.

Quanto ao questionário a ser aplicado: "O questionário é composto por questões objetivas que permitem apenas a escolha de uma alternativa entre as apresentadas. De tal modo, cada alternativa foi classificada em níveis de capacidade (Inicial, Intermediário, aprimorado): * Concordo plenamente – aprimorado *Concordo parcialmente – aprimorado *Não concordo e nem discordo –

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.681.000

Intermediário •Discordo parcialmente – Inicial •Discordo plenamente – Inicial.

A partir dos percentuais das alternativas selecionadas em cada questão, as respostas finais serão consolidadas e classificadas de acordo com os níveis de capacidade apresentados acima (Inicial, Intermediário e aprimorado). O padrão de respostas em cada questão de todos os questionários aplicados apresentará, na percepção dos participantes, o nível/estágio (Inicial, Intermediário e aprimorado) de governança organizacional e gestão pública da atenção primária à saúde no Distrito Federal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. O Cronograma está adequado e o projeto é de financiamento próprio
2. Currículos da pesquisadora e orientadora apresentados
3. Termo de Co-participação: Assinado pelo Coordenador da Atenção Primária da SES-DF e por todos os Diretores Regionais da Atenção Primária
4. Folha de Rosto: Assinada pelo vice-diretor da UNB-Cellândia
5. TCLE: Apresentado e adequado

Recomendações:

Ao imprimir o TCLE para assinatura dos participantes, favor fazer as pequenas modificações: No TCLE apresentado, faz-se referências a dois CEPs (FEPECS e SES-DF), colocando-se inclusive dois telefones fixos para que o participante busque auxílio em suas dúvidas éticas. Favor corrigir e considerar apenas as informações relativas ao CEP-FEPECS (CEP-FEPECS e CEP-SES/DF correspondem ao mesmo comitê, e a confusão ocorre apenas na nomenclatura). Aproveitar e enumerar as páginas do TCLE apresentado (1 de 2; 2 de 2)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Aos pesquisadores, por sua vez, cabe "elaborar e apresentar os relatórios parciais e final" ao CEP, sendo esta uma das responsabilidades assumidas pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação (Item X, 1.2, da Resolução CNS nº 466/2012)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1434569.pdf | 17/10/2019 11:43:41 | | Acelto |

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-604

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.661.690

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Outros | cartarespostapendenciasfepecs4.pdf | 17/10/2019 11:42:45 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Outros | termodeconcordanciadeinstulcaocoparti cipante2.pdf | 17/10/2019 11:42:15 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Outros | termodeanuenciainstitucional2.pdf | 17/10/2019 11:41:41 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Outros | cartarespostapendenciasfepecs2.pdf | 15/10/2019 17:23:19 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Folha de Rosto | foihaderosto.pdf | 25/09/2019 22:29:40 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Outros | cartarespostapendenciasfepecs1.pdf | 25/09/2019 22:28:56 | Carla Pintas Marques | Acelto |
| Outros | cartarespostapendencias1.pdf | 10/09/2019 19:48:42 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | termodeanuenciainstitucional.pdf | 10/09/2019 19:47:51 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | termodeconcordanciadeinstulcaocoparti cipante.pdf | 10/09/2019 19:47:08 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | CarlaPintasMarques.pdf | 10/09/2019 19:46:32 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | BlankadeSouzaMoreira.pdf | 10/09/2019 19:46:15 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | termodecompromissodopesquisador.pdf | 10/09/2019 19:45:54 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | cartadeencaminhamentoprojeto.pdf | 10/09/2019 19:44:55 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Outros | cartarespostapendencias3.pdf | 09/09/2019 14:48:33 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoDetalhadoCEP3.pdf | 09/09/2019 14:46:29 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE3.pdf | 09/09/2019 14:45:31 | BIANKA DE SOUZA MOREIRA | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeticos.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.001.000

BRASILIA, 04 de Novembro de 2019

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 05 de 05